Accès direct à la massokinésithérapie en France : enquête d'opinion auprès des masseurs-kinésithérapeutes français

Juliette Quentin Le Saëc

▶ **To cite this version:**

Juliette Quentin Le Saëc. Accès direct à la massokinésithérapie en France : enquête d'opinion auprès des masseurs-kinésithérapeutes français. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02271154

HAL Id: dumas-02271154

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271154

Submitted on 26 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

22 avenue Camille Desmoulins
29 238 Brest CEDEX 3

Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : enquête d'opinion auprès des masseurs-kinésithérapeutes français

Juliette QUENTIN LE SAËC

Sous la direction de Guillaume RALL

Travail écrit de fin d'études

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2014 – 2019

Juin 2019

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est l'accomplissement d'un travail de plusieurs mois, qui n'aurait pas pu arriver à son terme sans l'aide des personnes qui m'ont épaulée et soutenue.

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire, Guillaume Rall, pour avoir accepté de m'encadrer dans ce travail, mais également pour ses conseils avisés, sa disponibilité à toute épreuve, sa bienveillance et son enthousiasme.

Je tiens à remercier Pascale Mathieu, Stéphane Michel, Daniel Paguessorhaye, François Randazzo, qui ont toujours été disponibles pour échanger et qui ont eu la gentillesse de diffuser cette enquête dans leurs réseaux.

Je remercie tous les masseurs-kinésithérapeutes qui ont contribué à ce travail, en acceptant de participer aux entretiens, en répondant à l'enquête ou en la diffusant. Je remercie également les professionnels et étudiants avec lesquels j'ai pu échanger et qui m'ont faite avancer dans ma réflexion. Je remercie tous les relecteurs, pour leur temps, leur patience, et la justesse de leurs remarques.

Je remercie Pauline Lemersre, Robin Vervaeke, Léo Langlais, Alice Mangot, Emilien Vallet, Fabio Novena, Maxime Héry, étudiants en masso-kinésithérapie, pour la dynamique de travail tout au long de la rédaction de ce mémoire. En espérant que ce ne soit que le début d'une coopération fructueuse !

Enfin, merci à Simon, dont l'écoute et la patience m'ont permis de mener à bien ce travail dans les meilleures conditions.

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction.....1

I.1 Le système de santé français.....1

I.2 La masso-kinésithérapie comme réponse à des problématiques multiples 10

II. Problématique et hypothèses de recherche.....16

III. Méthode.....18

III.1 Population.....18

III.2 Recueil des données.....18

III.3 Méthode d'analyse des données.....23

IV. Résultats.....24

IV.1 Résultats généraux.....24

IV.2 Statistiques inférentielles.....26

V. Discussion.....35

V.1 Analyse des principaux résultats.....35

V.2 Limites de l'étude et perspectives.....48

VI. Conclusion.....52

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Quelques dates de l'instauration de l'accès direct.....12

Tableau 2 : Caractéristiques des MK entretenus.....18

Tableau 3 : Caractéristiques des MK relecteurs.....21

Tableau 4 : Caractéristiques des MK ayant répondu.....24

Tableau 5 : Mode d'accès à l'enquête.....25

Tableau 6 : Pertinence de l'accès direct en fonction de l’expérience.....26

Tableau 7 : Pertinence de l'accès direct en fonction du mode d'exercice.....27

Tableau 8 : Compétence ressentie à exercer en accès direct en fonction du mode d'exercice.....29

Tableau 9 : Compétence ressentie à exercer en accès direct en fonction de l'expérience.....29

Tableau 10 : Contenu de la formation complémentaire en fonction de l'expérience.....33

Tableau 11 : Caractère obligatoire de la formation complémentaire en fonction du nombre d'années d'expérience.....34

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Professions ayant donné naissance à la masso-kinésithérapie.....10

Figure 2 : Domaines de compétences dans lesquels les MK se sentent compétents pour l'accès direct, tous modes d’exercice confondus.....31

Figure 3 : Conditions indispensables à l'accès direct selon les MK interrogés.....32

Figure 4 : Comparaison de l'importance de la formation et de l'expérience en fonction du nombre d'années d'exercice des MK.....41

TABLE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CNKE : Compagnie Nationale des Kinésithérapeutes Experts

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HPST (loi) : portant sur l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

MK : Masseur-Kinésithérapeute

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

WCPT : Word Confederation for Physical Therapy

I. INTRODUCTION

I.1 Le système de santé français

L'Organisation Mondiale de la Santé (1) définit un système de santé comme étant *"l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel"*. Les systèmes de santé ont pour rôle d'organiser la rencontre entre la demande et l'offre de soins. Il s'agit d'une part de donner aux individus la possibilité d'accéder aux soins, et d'autre part de mettre en place la production des soins. Le système de santé français est profondément social. Ainsi, il assure l'équité de traitement de tous les citoyens face à l'accès aux soins, sur tout le territoire.

L'offre de soins en France est répartie entre les établissements de santé, publics et privés, le secteur social et médico-social, et le secteur ambulatoire. Les patients sont libres de choisir leur thérapeute ainsi que le secteur dans lequel ils sont pris en charge.

Le système de santé français est caractérisé notamment par le cloisonnement entre le secteur de ville et le secteur hospitalier. La mauvaise communication entre ces acteurs est préjudiciable pour les patients. La Cour des Comptes soulignait également, en décembre 2017, l'impact financier sur l'Assurance Maladie, lié en partie à la redondance d'examens prescrits pour un même patient par deux instances différentes (2).

Les besoins de la population française ne sont plus les mêmes qu'il y a soixante-dix ans, à la création du système actuel de sécurité sociale. Celui-ci doit donc évoluer, en tenant compte des diverses contraintes de ressources humaines et de financement.

I.1.1 Des dépenses de santé en augmentation

Les dépenses de santé sont en augmentation régulière. En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élevait à 8,7 % du produit intérieur brut français, contre 3,8 % en 1960 (3). Les projections de l'OCDE prévoient une poursuite de cette augmentation dans les prochaines décennies. De nombreux facteurs expliquant l'augmentation des dépenses de santé sont identifiés, cependant des interrogations persistent quant au poids de chacun de ces facteurs. La croissance démographique, le

vieillissement de la population et la plus grande occurrence des maladies chroniques sont les facteurs les plus souvent cités par les responsables politiques, mais leur poids respectif est nuancé par les études économiques.

Le vieillissement de la population française est souvent considéré comme l'une des explications majeures à l'augmentation des dépenses de santé. Cette considération se base sur une réflexion simple : les dépenses de santé sont plus importantes aux âges élevés de la vie. Or les projections démographiques prévoient une augmentation du nombre de personnes âgées dans les décennies à venir. L'augmentation de la part des plus âgés se poursuivra de manière importante jusqu'en 2040, date à laquelle les générations issues du baby-boom disparaîtront de la pyramide des âges (4). Une croissance considérable des dépenses de santé devrait donc intervenir, concomitamment à l'augmentation de la part des personnes âgées dans la population. Cependant, l'importance du facteur vieillissement est remise en question (5) (6). **Au niveau macro-économique, le vieillissement n'aurait en effet qu'une influence faible voire nulle sur l'augmentation des dépenses de santé (7)**. Ainsi, bien que les inquiétudes liées à la croissance de la part des plus de 60 ans dans la population et à l'impact sur les dépenses de santé soient fréquentes, elles méritent d'être requestionnées à la lumière de ces recherches d'impact. Plus que le vieillissement, selon certaines hypothèses, la proximité du décès aurait un impact sur l'augmentation des dépenses de santé. Les personnes décédées représenteraient ainsi 1 % des assurés sociaux et environ 13 % des dépenses dans les 24 derniers mois de leur vie (8).

Si le poids du vieillissement est remis en question, celui des maladies chroniques fait quant à lui consensus. Le développement des affections de longue durée prises en charge par l'Assurance Maladie connaît une croissance importante qui impacte considérablement les coûts de santé. Ainsi, en 2017, la prise en charge des maladies chroniques représentait 60 % de la dépense de santé (9).

Les innovations technologiques sont aujourd'hui reconnues comme étant la principale cause de l'augmentation des dépenses de santé (5). En effet, si ces progrès permettent généralement de faire diminuer le coût des traitements existants, ils entraînent l'introduction de nouveaux traitements qui peuvent, soit remplacer les traitements sur le marché, soit s'y ajouter, augmentant de fait la dépense de santé. Les innovations médicales permettent parfois de cibler une part de la population qui

échappait précédemment au diagnostic ou au traitement, en permettant à ces patients d'avoir accès à de nouveaux traitements ou procédures de soin.

Les dépenses de santé connaissent un effet générationnel. Entre 1992 et 2000, la la dépense de soins par français a augmenté de près de 50 %. La DREES observe une dynamique similaire entre 2011 et 2015. Cela signifie qu'une personne ayant 40 ans en 2015 a dépensé plus qu'une personne qui avait 40 ans en 2011. Cette augmentation peut être notamment expliquée par les modifications de politiques de dépistage, l'avènement de nouveaux traitements ainsi que par les changements en termes de consommation de soins. En effet, l'état de santé de la population n'a pas souffert d'une dégradation pendant cette période (10). De plus, on sait que le niveau de développement du pays est lié à l'intérêt des citoyens pour la santé. Palier considère ainsi que *« plus une société est riche, plus elle attache de l'importance à la santé et plus elle y consacre de moyens » (11)*.

L'augmentation des coûts de santé, dont le constat est fait aujourd'hui, va se poursuivre dans le futur. Les ménages, s'ils ont un reste à charge peu important, supportent cependant cette augmentation, via leurs cotisations et les impôts dédiés. La maîtrise des dépenses est donc indispensable, mais les politiques passées n'ont montré qu'une efficacité limitée (2). Cette maîtrise ne peut se faire au détriment de la qualité de la prise en charge. Il paraît donc important qu'elle soit effectuée en partenariat avec les offreurs de soin afin que la meilleure offre soit proposée, à un prix raisonnable.

I.1.2 Les difficultés du système français à honorer sa mission d'universalité de l'accès aux soins

Le système de santé français qui s'est créé au sortir de la seconde guerre mondiale, en 1945, est inspiré de deux grands modèles : le modèle beveridgien et le modèle bismarckien.

Le modèle bismarkien, du chancelier allemand Bismark, est basé sur plusieurs principes : une protection fondée uniquement sur le travail et sur la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle, la protection obligatoire reposant sur une participation financière des ouvriers et des employeurs qui prend la forme de cotisations sociales, des cotisations qui ne sont pas proportionnelles aux risques mais aux salaires, et enfin une protection gérée par les salariés et les employeurs au sein d'organismes d'assurance maladie.

Le modèle beveridgien, de l'économiste britannique Beveridge, propose des bases différentes. Ainsi, on trouve comme principes fondateurs l'universalité de la protection sociale avec une couverture de toute la population et de tous les risques, l'uniformité des prestations fondée sur les besoins des individus (et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque), l'unité de gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale, le financement basé sur l'impôt.

La sécurité sociale française emprunte aux deux modèles décrits ci-dessus. Ainsi, on retrouve une volonté d'universalité, puisque les dépenses liées aux soins de santé sont assumées par la société, pour toute la population. Si le financement était originellement basé sur les cotisations des travailleurs, il est aujourd'hui réparti entre ces cotisations et l'impôt, ce qui le fait reposer sur tous. On assiste actuellement à une modification du financement de la Sécurité Sociale, qui se détourne progressivement des cotisations pour s'orienter vers un financement par l'impôt, dont la contribution sociale généralisée (CSG) représente la plus grande part. La description du fonctionnement du système français et de ses objectifs permet de comprendre les enjeux auxquels il est confronté depuis quelques années.

La volonté d'universalité de la protection est apparue très tôt dans le système français. Ainsi, si les ordonnances du 4 octobre 1945 portant création de la sécurité sociale ne visent que les travailleurs et leurs familles, il est précisé que *« des ordonnances ultérieures procéderont à l'harmonisation desdites législations et pourront étendre le champ d'application de l'organisation de la sécurité sociale à des catégories nouvelles de bénéficiaires ».* La loi du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale étend à tous les français la couverture initialement réservée aux travailleurs. Moins d'un an après sa création, le système de santé français fait donc de l'universalité de la protection l'un de ses socles. Mais ce principe, posé à la construction du modèle après-guerre, peut-il aujourd'hui encore être respecté ? La loi française, via l'article L1110-1 du Code de la Santé Publique, garantit à tout citoyen le droit *« aux soins nécessités par son état de santé »*. Il est donc du rôle de chaque acteur de la santé de tenter de faire respecter ce droit fondamental pour assurer une égalité de traitement à toute personne. Cependant, force est de constater que le fonctionnement actuel questionne sur l'égalité d'accès aux soins entre les citoyens.

Le délai de consultation médicale dans certaines zones du territoire français (12) interroge nécessairement la perte de chance pour les patients, notamment ceux qui nécessitent une orientation vers un autre professionnel de santé. Ce rapport de la

DREES souligne en effet que *« chez le médecin généraliste, 49 % des prises de contact aboutissent à un rendez-vous le jour même ou le lendemain (un tiers dans la journée), mais un quart se concrétisent plus de 5 jours après. Le délai d'attente dépasse 11 jours dans 10 % des cas. »* En France, l'orientation vers les auxiliaires médicaux nécessite en effet une prescription médicale. La répartition inégale des médecins, généralistes et spécialistes, sur le territoire, entraîne des disparités de recours aux soins, voire un renoncement aux soins si les professionnels sont trop éloignés. En effet, la distance à parcourir demande parfois un effort important pour les individus les moins mobiles et les plus éloignés de l'offre, et représente alors une barrière potentielle à l'accès aux soins (13). A la répartition géographique des médecins s'ajoutent les changements récents en termes de modalités d'exercice. Il y a quelques décennies, il paraissait normal que les professionnels de santé ne comptent pas leurs heures. Aujourd'hui, les aspirations sont différentes, et ces professionnels ont modifié leur exercice en conséquence (14). Cependant, ces changements impactent l'offre de soins, puisqu'il est dès lors plus compliqué de trouver un médecin le matin et le soir ainsi que pour un déplacement à domicile. On constate alors un report de la demande sur les services d'urgence hospitaliers lié à l'indisponibilité des médecins de ville. Le nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation, qui auraient pu être pris en charge par la médecine de ville, est extrêmement important (15). En 2014, la DREES a estimé à près de 80 % la proportion de patients qui retournent à domicile après leur passage aux urgences (16). La mise en place de maisons médicales de garde a permis de drainer une partie des consultations urgentes, mais la plupart interviennent encore après régulation aux urgences hospitalières.

Le changement des pratiques médicales nécessite, pour garantir la même capacité de prise en charge, une augmentation du nombre de médecins. Si une augmentation du numerus clausus a en effet été mise en place, les impacts sont considérablement retardés du fait de la longueur de la formation. 2020 verra l'arrivée sur le marché du travail des premiers étudiants issus de l'augmentation du numerus clausus (17). La réforme de l'entrée dans les études de santé devrait permettre d'augmenter le nombre de professionnels médicaux dans le futur. En effet, la suppression du numerus clausus, inscrite dans le projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé, actuellement en discussion au parlement, pourrait conduire à une augmentation du nombre de médecins de près de 20 % dans les prochaines années. La démographie

médicale devrait donc progressivement s'équilibrer, mais cela ne résout pas la problématique de la répartition géographique.

Le système français s'efforce de garantir à tout citoyen les mêmes droits en termes d'accès à la santé. Le médecin est le pivot de ce modèle, mais cette construction médico-centrée semble atteindre aujourd'hui ses limites, dans un contexte démographique difficile. Alors que les besoins évoluent, il est nécessaire de trouver des alternatives permettant d'assurer l'universalité de la prise en charge par le système de santé français.

I.1.3 Évolutions législatives et rôle des auxiliaires médicaux

Les professions d'auxiliaires médicaux se sont créées par exception au monopole médical d'intervention sur le corps humain. En effet, la nécessité thérapeutique médicale constitue une dérogation au principe du droit à l'intégrité physique (article 16-3 du Code Civil). Les professionnels paramédicaux sont réputés réaliser des actes médicaux, et sont ainsi soumis aux consignes des médecins, par le biais de la prescription. La déclaration obligatoire d'un médecin traitant, obligatoire depuis 2005, renforce cette place du médecin-coordinateur du parcours de soins. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) devraient également avoir pour mission de faciliter l'accès à un médecin traitant sur les territoires.

Depuis les années 70, qui ont vu le début du ralentissement de la croissance économique, le contexte sociétal a évolué. La demande de soins augmente continuellement, plus vite que les ressources publiques affectées au système de santé. Trois stratégies sont envisageables face à ces difficultés : augmenter les prélèvements obligatoires, limiter les dépenses par un rationnement des soins ou par une diminution de la part prise en charge, ou améliorer le fonctionnement du système de santé (18). C'est dans cette logique d'amélioration que s'inscrit la coopération entre les professionnels, dont les textes détaillés ci-après posent les fondements légaux.

Le cloisonnement entre les professions de santé, tant au niveau de la formation initiale que de l'exercice professionnel, ajouté à un partage d'actes entre plusieurs professionnels, conduit à une illisibilité du système. La répartition des tâches entre les professionnels découle de la dérogation au monopole médical d'intervention sur le

corps humain. L'organisation des professions de santé se fait donc par exclusion progressive et limitation de l'autonomie, le médecin étant le point de départ.

La loi de santé publique et les premières expérimentations

La Loi portant sur les politiques de santé publique (2004) autorise des délégations temporaires d'actes dans le cadre de la coopération entre les professionnels de santé. Le rapport d'évaluation de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) des cinq protocoles d'expérimentation (2006) conclut que *"tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins" (19)*. Ce constat, rassurant, permet d'imaginer la construction de nouveaux protocoles de coopération entre professionnels paramédicaux et médicaux, dans le respect de la sécurité des patients pris en charge. Cependant, aucun de ces cinq protocoles n'intégrait de masseur-kinésithérapeute (MK). La généralisation des résultats ne peut donc être faite à d'autres professions que celles concernées par ces expérimentations. Ces protocoles s'inscrivent dans une démarche projet qui comprend une phase d'évaluation, indispensable pour vérifier l'efficacité et l'innocuité des processus, et qui devra être conservée dans toute démarche d'expérimentation.

La loi HPST et les protocoles de coopération

En 2009, la Loi portant sur l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST) pose les bases de la reconnaissance des protocoles de coopération entre professionnels de santé via son article 51. Cet article propose d'élargir le rôle de certains professionnels de santé afin de répondre aux besoins locaux, dans un cadre préalablement déterminé par les différents acteurs territoriaux. L'évolution du cadre législatif permet d'apporter une solution à la situation critique de certains territoires en ce qui concerne l'accès aux soins. S'il n'est nullement question de créer un modèle national unique, décorrélé des problématiques locales, il paraît toutefois intéressant de proposer des modèles nationaux qui pourront être adaptés. La Haute Autorité de Santé (HAS) a réalisé un bilan des protocoles déposés et mis en œuvre jusqu'en 2014. Elle pose le constat suivant : les expérimentations ont permis de légaliser des pratiques déjà installées, de structurer la coordination interprofessionnelle, d'intégrer des

techniques non prévues au décret d'actes. Les protocoles dits « article 51 » présentent cependant des freins. Ainsi, la HAS conclut que ce dispositif *« reste lourd et chronophage, ce qui ne permet pas aux professionnels de se l'approprier facilement » (20).* Le manque de financement de ces expérimentations et le délai important d'instruction des dossiers constituent des freins supplémentaires. Ce rapport souligne également un certain nombre de points auxquels il s'avère nécessaire de prêter attention, tels que la formation des professionnels.

Actuellement, la coopération entre les professionnels ne permet pas de résoudre à elle-seule la problématique démographique. Cependant, les protocoles de coopération ont permis de dégager des heures médicales. Celles-ci demeurent toutefois très insuffisantes pour compenser le manque de professionnels dans les zones sous-dotées. Ces protocoles permettent en revanche d'améliorer la qualité des soins. En effet, réduire la coopération à une simple délégation de tâches serait nier les innovations en matière de prise en charge qui se développent dans ce cadre.

La Loi de modernisation du système de santé et l'exercice en pratiques avancées

Les pratiques avancées, introduites dans la Loi de modernisation du système de santé de 2016, permettent d'élargir les compétences de certains professionnels, dans un contexte extrêmement cadré :

« Art. L. 4301-1.-I.-Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire. ». Un décret en Conseil d'État définit pour chaque profession concernée les domaines d'intervention qui peuvent comporter :

« a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

« b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;

« c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales »

Cet article permet d'imaginer une nouvelle dynamique de soins, en autorisant certains professionnels à étendre leur champ de pratique. La notion d'équipe est ici primordiale. La coordination des acteurs doit en effet permettre de mieux organiser les soins sur un territoire, en fonction des forces en présence. Le médecin prend alors une place de coordinateur, qu'il exerce en ville, en milieu hospitalier ou en établissement médico-social.

Il est intéressant de remarquer que le terme « diagnostic » n'est pas employé, mais qu'il est introduit une possibilité de réaliser des « actes d'évaluation et de conclusion clinique ». Le diagnostic médical demeure donc un acte réservé au corps médical.

L'exercice en pratiques avancées correspond à un exercice du métier où le professionnel va au-delà du champ de compétence défini réglementairement pour sa profession. En France, seuls les infirmiers peuvent actuellement suivre un cursus en pratiques avancées. Celui-ci a été construit pour répondre aux tensions de la démographie médicale, à l'augmentation des coûts de santé, ainsi que pour faire face à l'évolution de la demande de soins. Au diplôme de formation initiale s'ajoute une formation en pratiques avancées, accessible après quelques années d'expérience.

Le cadre des pratiques avancées tel que défini dans la Loi impose un exercice au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Les pratiques avancées ne permettront ainsi pas de répondre à toutes les problématiques d'accès aux soins, puisque tous les modes d'exercice des professionnels ne coïncident pas avec cette exigence. De plus, il s'agit plutôt d'un développement de nouvelles tâches visant à améliorer le parcours du patient que de transfert de tâches du médecin au professionnel paramédical. Les pratiques avancées, de même que la délégation de tâches dans le contexte de protocoles de coopération, ou d'élargissement des compétences de certains professionnels, sont amenées à se développer. Le rapport Mesnier (15) recommande ainsi de développer le partage de compétences entre professionnels de santé dans le cadre de protocoles nationaux à mise en œuvre locale. C'est l'une des propositions faites par le gouvernement dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (21).

I.2 La masso-kinésithérapie comme réponse à des problématiques multiples

I.2.1 Une évolution à plusieurs échelles

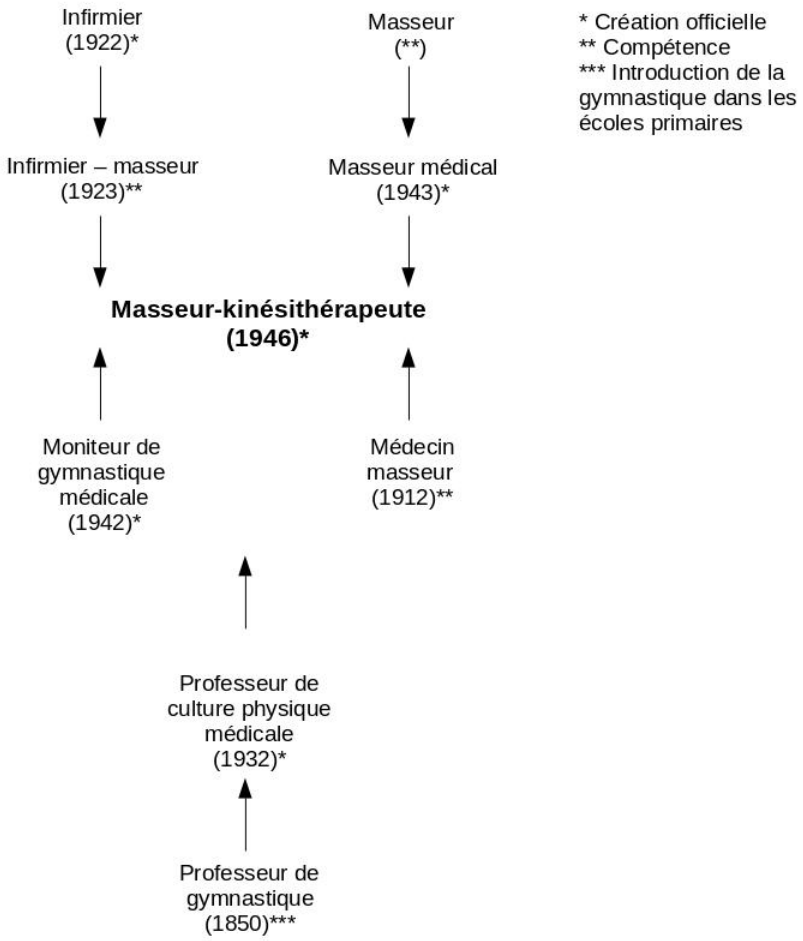

Figure 1 : *Professions ayant donné naissance à la masso-kinésithérapie,* reproduit depuis *l'Institution de la kinésithérapie en France (1840-1946), (p.8), Rémi Remondière, Cahiers du Centre de Recherches Historiques, 1994*

La masso-kinésithérapie possède une histoire particulière (22). Née en 1946 de la fusion de plusieurs professions (Figure 1), la masso-kinésithérapie est toujours aujourd'hui placée sous la tutelle médicale, dont elle dépend par la prescription. Le MK, lorsqu'il agit dans un cadre thérapeutique, est ainsi soumis à la prescription médicale (23). Cette dérogation au délit d'exercice illégal de la médecine permet aux MK d'effectuer des actes médicaux encadrés par un décret de compétences.

Depuis le 22 février 2000 (24), les médecins ne sont toutefois plus tenus de prescrire la masso-kinésithérapie de manière qualitative ou quantitative, ce qui constitue un premier pas dans la reconnaissance des compétences des MK.

Les prises en charge des MK ont évolué en concordance avec les progrès de la science. La formation initiale, dont le programme officiel n'avait pas été modifié depuis 1989, a bénéficié récemment d'une réforme en profondeur, répondant ainsi aux nouvelles exigences professionnelles. Ainsi, la réingénierie de la formation initiale, mise en place depuis 2015, constitue une étape supplémentaire à l'évolution de la profession. Les étudiants diplômés à partir de 2019 auront suivi une formation adaptée à la nouvelle définition de la profession. Formés aux gestes d'urgence, ils sont également formés au raisonnement clinique. L'apprentissage des drapeaux rouges notamment, permettant de réorienter les patients vers un médecin, fait partie des fondamentaux.

La loi de modernisation du système de santé (2016) a introduit un changement majeur dans la reconnaissance des compétences des MK. Par le biais d'une modification de la définition-même de la profession, cette loi impose un changement de vision complet. D'une profession basée sur la pratique du massage et de la gymnastique, la masso-kinésithérapie évolue vers une pratique comportant la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement.

A la différence du corps médical, la masso-kinésithérapie connaît une explosion démographique. Entre 1990 et 2010, elle a enregistré un taux de croissance de 80 %, avec un taux moyen annuel de 3 %. Entre 2000 et 2010, le taux de croissance s'élevait à 32 %, avec un taux moyen annuel de 2,8 % (25). Les projections futures s'inscrivent dans la continuité de ce dynamisme démographique (26). Il semble donc intéressant de mettre à profit les ressources humaines de cette profession pour répondre aux enjeux de santé.

La loi de modernisation du système de santé a posé une première pierre en ce sens. L'intégration dans le code de la santé publique de la possibilité d'effectuer des actes d'urgence en masso-kinésithérapie, en l'absence d'un médecin, acte le haut niveau de compétence de ces professionnels. Cependant, la mise en application de cette mesure est aujourd'hui toujours compliquée, l'urgence kinésithérapique n'étant pas définie. La Compagnie Nationale des Kinésithérapeutes Experts (CNKE) a publié une mise en garde à ce sujet, encourageant les professionnels à la prudence, pour que l'urgence ne

devienne pas *« un alibi pour un accès en première intention systématique et de manière extensive » (27)*. Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) propose une interprétation différente, et estime que les urgences vraies, ressenties, sociales et géographiques peuvent relever de l'urgence masso-kinésithérapique. L'introduction de cette mesure dans la loi questionne. Si l'on reconnaît aux MK la compétence de prendre en charge des patients dans le cadre de l'urgence, on peut interroger l'intérêt de maintenir la prescription médicale dans les autres cas.

I.2.2 L'accès direct, potentielle solution à la situation française

Tableau 1 : *Quelques dates de l'instauration de l'accès direct*

Pays	**Depuis quelle année l'accès direct existe**
Nebraska (USA)	1957
Australie	1976
Royaume-Uni	1978 en pratique privée, 1997 dans le National Health Service
Nouvelle-Zélande	1982
Afrique du Sud	1987
Canada	1999
Norvège	2005 sans remboursement 2018 avec remboursement
Pays Bas	2006
Irlande	2013
Luxembourg	2018

Dans certains pays du monde, (Tableau 1) la population peut consulter et être prise en charge par les physiothérapeutes « *sans devoir consulter avant ou sans recommandation d'un autre professionnel de santé* ». Cette situation correspond à l'accès direct, défini par T.J. Bury et E.K. Stokes (28) comme « *la possibilité pour les usagers de s'adresser à un physiothérapeute sans intervention d'une tierce personne référente ».* Pour R. Remondière et M.P. Durafourg (29), l'accès direct est « *la procédure qui consiste à consulter spontanément le kinésithérapeute sans passer par*

le médecin ». En anglais, deux termes sont utilisés pour désigner cette notion : *« self-referral »* et *« direct access »*. Le premier correspond à la définition précédente. Le terme *« direct access »*, quant à lui, signifie que le physiothérapeute a libre accès aux patients, et qu'il détermine lesquels ont besoin d'une évaluation ou intervention relevant de sa compétence.

Ce modèle, dans lequel la population peut recourir au physiothérapeute sans orientation par un autre professionnel de santé, est très répandu à l'étranger. Cependant, il serait plus juste de parler des modèles d'accès direct, plutôt que de l'accès direct. En effet, il existe de multiples déclinaisons de ce fonctionnement. La mise en place de l'accès direct en France devra donc faire l'objet d'une analyse de terrain, comportant une évaluation des besoins de la population et des compétences et souhaits des MK, afin de construire un modèle adapté au système de santé français. S'il apparaît évident qu'une simple transposition d'un modèle étranger ne serait pas pertinente, il est néanmoins indispensable de s'inspirer de l'existant.

Deux fonctionnements majeurs co-existent : l'accès direct pour tous les professionnels, ou l'accès direct en tant que pratique avancée. Certains pays ont choisi de ne permettre l'accès direct qu'aux professionnels ayant réalisé une formation post-graduée, pouvant prendre la forme d'une période clinique supervisée et/ou de cours théoriques. C'est par exemple le cas de la Pologne, qui demande un niveau master et une spécialisation, ou de la Grèce, où une période d'exercice supervisé et de formation continue est nécessaire. D'autres, comme l'Australie, la Nouvelle Zélande, ou encore l'Afrique du Sud, ont intégré les compétences nécessaires à l'accès direct à la formation initiale.

Enfin, la littérature décrit des modèles de pratique privée (libérale), et des modèles de pratique hospitalière.

L'accès direct en pratique privée (libérale)

L'accès direct en pratique privée est parfois réduit à un champ particulier de la physiothérapie, le plus souvent musculo-squelettique (28). La différence en termes de coûts économiques par rapport à un parcours de soins « classique », comprenant un passage chez un médecin puis une orientation chez un physiothérapeute a été explorée dans plusieurs études. Les auteurs ont fréquemment trouvé un coût moindre lorsque les patients avaient accès directement au physiothérapeute (30) (31) (32) (33),

plus rarement une absence de différence par rapport au parcours classique (34). L'accès direct permettrait de réduire les prescriptions médicamenteuses et les prescriptions d'imagerie (35) (36). Les patients ayant recours au physiothérapeute en accès direct se rendent également moins chez leur médecin généraliste (34).

La satisfaction des patients serait meilleure dans les groupes en accès direct. L'impact sur le nombre de séances de physiothérapie par épisode de soins ainsi que sur les résultats à l'issue de la prise en charge est moins évident (35).

L'accès direct en pratique hospitalière

Lorsque l'on parle d'accès direct, il est nécessaire de prendre conscience de la diversité des modèles existants. Si l'exercice libéral paraît à première vue plus concerné que le milieu hospitalier, ce dernier est également propice à la mise en place de l'accès direct. Ainsi, certains pays ont créé un modèle dans lequel les physiothérapeutes peuvent exercer en services d'urgences musculo-squelettiques, dans lesquels ils ont alors un rôle de triage. Ce fonctionnement permettrait de réduire le temps d'attente ainsi que le temps total passé dans les services d'urgence, prise en charge comprise (37). Les patients gagneraient ainsi près d'une heure à être pris en charge par un physiothérapeute. La satisfaction des patients serait meilleure lorsque le physiothérapeute intervient directement (38) (39). D'autres modèles existent, dans le cadre des pratiques avancées, où le physiothérapeute a des responsabilités dans les consultations pré-opératoires (40).

En 2013, T.J. Bury et E. Stokes (28) ont conduit un état des lieux du déploiement de l'accès direct dans le monde. Les auteurs ont exploré les freins et les éléments facilitateurs de la mise en place d'un accès direct dans les pays membres de la Confédération Mondiale pour la Physiothérapie (WCPT). Ils ont mis en évidence un certain nombre de freins à la concrétisation d'un accès direct au physiothérapeute, parmi lesquels figurent les représentations de la communauté médicale. Viennent ensuite, dans l'ordre, les modèles de remboursement, les considérations économiques, le manque d'autonomie professionnelle et le manque de soutien de la part des politiques.

Dans les pays membres où l'accès direct au physiothérapeute existe, le soutien des politiques constitue un allié de poids. On trouve ensuite, d'importance égale, le soutien des usagers, l'autonomie professionnelle, puis la force des organisations professionnelles représentatives. Enfin, la durée d'attente pour obtenir un rendez-vous chez le physiothérapeute est reportée comme étant un élément facilitateur.

Les représentants politiques jouent un rôle important dans l'introduction de réformes du système. Il paraît évident qu'une réforme telle que l'accès direct à la physiothérapie ne peut voir le jour sans un positionnement favorable de leur part. Ainsi, si les organisations représentatives de la profession peuvent faire pencher la balance, seuls les politiques pourront publier les textes permettant une mise en œuvre effective.

Le soutien des usagers apparaît comme un élément indispensable à la réussite d'une telle réforme. L'ouverture légale d'un recours direct au physiothérapeute n'a de sens que si la population s'en saisit. Cela demande de fait une éducation progressive des patients, afin que les mentalités et les réflexes évoluent. L'utilisation de l'accès direct par les patients ne peut être immédiate, mais les expériences des pays étrangers nous montrent une montée en charge progressive du nombre de consultations en première intention (41). Cependant, contrairement à ce qui aurait pu être imaginé, l'accès direct n'a pas entraîné une explosion du recours au physiothérapeute dans les pays qui l'ont introduit. Ainsi, Holdsworth et al. (42) ont montré que si les demandes augmentaient dans les trois premiers mois suivant l'instauration de l'accès direct, elles se stabilisaient sur le long terme. Aux Pays-Bas, un an après l'introduction de l'accès direct, le nombre de patients ayant consulté un physiothérapeute n'est pas plus élevé que l'année précédente (43). Il est alors intéressant de constater que bien que le recours au physiothérapeute soit plus facile via l'accès direct, la population ainsi que les professionnels n'abusent pas de cette possibilité.

Les éléments précédents soulignent les bénéfices de l'accès direct. Les résultats cliniques sont équivalents à la prise en charge classique, à moindre coût et avec une meilleure satisfaction des patients. L'intérêt de la masso-kinésithérapie par rapport à d'autres professions réside dans son caractère remboursé, qui assure à la population une égalité de prise en charge. Avant de généraliser un tel modèle en France, de manière plus large que via des expérimentations, il sera nécessaire de se pencher sur la question de la compétence des professionnels et de la volonté de la profession à exercer de cette manière. En effet, le MK en accès direct devra être capable de réorienter son patient si cela s'avère nécessaire, afin d'assurer sa sécurité. La prise de

décision clinique des professionnels français devra donc faire l'objet d'études avant d'envisager la mise en œuvre de l'accès direct.

II. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Le constat porté sur le système de santé français ne laisse pas de doute sur sa nécessaire évolution. L'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire doit demeurer au cœur des priorités politiques et fait d'ailleurs l'objet d'un rapport remis au ministère de la santé par le député Thomas Mesnier en 2018 (15). L'organisation du modèle actuel, dans lequel le médecin constitue la principale porte d'entrée dans le système de soins, pourrait être questionnée en ce sens. Dans ce contexte se pose la question d'évolution du rôle des différents professionnels de santé, et notamment de celui des professionnels paramédicaux.

La profession de MK demeure, depuis sa création en 1946, sous l'égide du corps médical dont elle dépend par la prescription. La formation initiale et les compétences acquises ont évolué, de même que la réglementation. Si la rédaction de la prescription médicale allégée laisse aujourd'hui plus de liberté d'initiative aux MK, elle demeure toutefois indispensable pour exercer dans le cadre thérapeutique.

A l'étranger, nombre de pays ont choisi de placer le physiothérapeute en tant qu'intervenant de première ligne. Les études concluant à l'intérêt de ce modèle sont nombreuses. Cependant, leur utilisation pour alimenter la réflexion française présente des limites. En effet, les systèmes de santé diffèrent considérablement d'un pays à l'autre. Le manque de littérature française sur l'accès direct nous a conduits à nous interroger sur les représentations des masseurs-kinésithérapeutes. En France, la profession s'est saisie de cette problématique, comme en témoignent les multiples colloques, conférences, formations, ayant pour thème l'accès direct. Cependant, en 2014, Rémi Remondière et Martin Durafourg soulignaient l'absence d'avis global des MK français sur le sujet de l'accès direct (27). Trois ans plus tard, Alexandre Kubicki soulevait la nécessité de vérifier l'hypothèse selon laquelle tous les MK ne souhaitent pas évoluer vers l'accès direct (43). Ces réflexions seront l'objet de ce mémoire.

La problématique choisie pour ce travail de recherche est la suivante : **l'expérience et le mode d'exercice ont-ils une influence sur l'opinion des MK à propos de l'accès direct ?**

La question de recherche s'appuie sur deux hypothèses principales qui seront testées dans la suite de ce travail :

Hypothèse 1 : l'avis des MK varie en fonction de leur expérience professionnelle (durée d'exercice depuis le diplôme)
Hypothèse 2 : l'avis des MK diffère en fonction de leur mode d'exercice.

III. MÉTHODE

III.1 Population

Cette étude ciblait les MK en exercice, libéraux, salariés, ayant un exercice mixte ou une activité d'enseignement, de tous les âges.

III.2 Recueil des données

Afin de recueillir les données nécessaires à l'enquête, il a été prévu un dispositif méthodologique s'appuyant sur plusieurs étapes successives. Le recueil de données a été effectué grâce à l'articulation de deux éléments, à savoir l'entretien semi-directif et le questionnaire.

III.2.1 Méthodologie qualitative

L'entretien semi-directif individuel est un outil scientifique utilisé dans les études qualitatives (44). Il permet d'obtenir des informations concernant les représentations et conceptions des personnes interrogées, sur la base de questions préalablement définies par le chercheur. L'entretien n'a pas pour objectif d'être représentatif, mais bien d'explorer le point de vue d'individus socialement situés. Ce type d'entretien est conduit grâce à un guide construit en amont, comprenant les différents thèmes d'étude et questions que le chercheur souhaite aborder. L'ordre des questions est libre, l'interviewer s'adapte au discours de son interlocuteur. Le guide d'entretien est présenté en Annexe I.

Tableau 2 : *Caractéristiques des MK entretenus*

Entretien	Mode d'exercice	Année d'obtention du diplôme d'État	Date de l'entretien	Département d'exercice
1	Libéral	2016	21/12/17	29
2	Libéral	2017	22/12/17	29
3	Libéral	2007	08/02/18	29
4	Libéral	2004	16/02/18	29
5	Salarié	1988	19/02/18	29
6	Salarié	2017	21/02/18	77
7	Salarié	1992	17/04/18	29
8	Libéral	2015	07/06/18	92
9	Libéral	2014	22/06/18	59

La prise de contact a été réalisée de manière indirecte ; l'institut de formation en masso-kinésithérapie a transmis une demande d'entretien auprès des professionnels intervenant en formation. Cette sollicitation a été complétée d'une prise de contact directe sur les terrains de stage. Afin de s'assurer de la qualité du matériau recueilli, la population comporte des MK libéraux et salariés, avec peu ou beaucoup d'expérience professionnelle (Tableau 2).

Chaque entretien a été intégralement enregistré après accord du participant. L'enregistrement permet d'une part de ne pas omettre certains détails, et d'autre part autorise l'interviewer à se concentrer exclusivement sur le déroulement de l'entretien et les réponses de son interlocuteur.

Le guide d'entretien a été construit sur la base de questions issues de l'étude de Mandy Scheermesser et al. auprès des physiothérapeutes suisses (45). Cela a notamment éclairé le choix des termes utilisés.

Les entretiens ont été menés en face à face ou par visioconférence, ce qui a permis d'interroger des MK exerçant hors du bassin brestois.

Dans ce mémoire, les entretiens ont un objectif exploratoire, c'est-à-dire qu'ils visent à compléter des pistes de travail suggérées par les lectures et faire émerger des pistes auxquelles le chercheur n'aurait pas pensé spontanément. L'utilisation de cette méthodologie en amont de la méthodologie quantitative permet de ne poser que des questions fermées dans le questionnaire. En effet, les entretiens ont permis de recueillir des propositions de réponses que l'on peut supposer exhaustives, la saturation sémantique ayant été atteinte. Cependant, une réponse "autre" sera proposée dans les questions à choix multiples, afin de s'assurer que tous les avis soient possibles.

III.2.2 Méthodologie quantitative

III.2.2.1 Construction et diffusion du questionnaire

L'analyse des entretiens a permis de faire ressortir divers éléments qui ont servi à la construction du questionnaire. Ces éléments sont détaillés ci-après.

Il sera ainsi indispensable d'introduire la notion d'accès direct dans la présentation du questionnaire ainsi que de définir précisément le cadre dans lequel cette recherche se situe. En effet, pour les MK interrogés, l'accès direct est la possibilité de prendre en

charge des patients sans prescription médicale. Cependant, il est important de préciser que cela se limite au cadre thérapeutique. Un rappel du cadre légal actuel semble également nécessaire, certains professionnels interrogés étant en effet convaincus qu'ils sont déjà autorisés à prendre en charge des patients sans prescription, hors cadre de l'urgence, mais que ceux-ci ne seront pas remboursés.

Les avis diffèrent par rapport à la pertinence de l'accès direct, selon le mode d'activité des MK. Cependant, il ressort de ces entretiens une certaine réserve quant à la possibilité d'introduire ce modèle de soins à court terme. De nombreuses conditions sont énoncées par les professionnels, ce qui indique que l'accès direct nécessitera une phase de préparation. Les réticences mériteront une exploration via le questionnaire.

Selon leur parcours de formation et leur expérience, les MK interrogés se sentent plus ou moins compétents pour prendre en charge des patients dans le cadre de l'accès direct. Cependant, il leur paraît évident que leur parcours est unique et qu'il serait nécessaire de mettre en place une formation si l'accès direct était mis en place. Dans le cadre du questionnaire national, il semble donc intéressant d'interroger les MK sur ce besoin de formation.

Les professionnels qui ont un exercice spécifique et qui ont suivi une formation complémentaire dans ce domaine se sentent compétents pour prendre en charge des patients directement, dans la limite de leur spécificité. Cela pose la question de la spécialisation en masso-kinésithérapie et de l'évolution de la profession en ce sens.

Si les MK interrogés considèrent qu'une formation complémentaire serait intéressante, le caractère obligatoire de celle-ci divise. Ainsi, certains considèrent que la formation devrait être obligatoire pour tous les MK, d'autres uniquement pour ceux souhaitant faire de l'accès direct, et d'autres encore pensent que cette formation devrait être facultative. Ici apparaît une question importante quant à l'évolution de la profession. La liberté de choisir de modifier son exercice semble être opposée aux risques de créer une profession à deux niveaux, moins lisible pour les patients.

La responsabilité semble constituer un frein considérable, notamment chez les jeunes professionnels, et paraît liée au sentiment de manque de compétence pour faire face à l'accès direct. Ce point devra être exploré dans le questionnaire, car il constitue un frein interne à la profession. La peur de la responsabilité est-elle liée à l'expérience et à la formation ?

Les échanges ont également fait apparaître des éléments de questionnement supplémentaire. Le MK en accès direct pourra-t-il prescrire des examens complémentaires ? Pourra-t-il signer des arrêts de travail ? Ces questions montrent la complexité de la modification d'un parcours de soins, et soulignent l'importance de réfléchir à cette proposition de modèle.

Tableau 3 : *Caractéristiques des MK relecteurs*

Relecteur	Niveau d'études
1	Master 2
2	Doctorant
3	DE
4	DE
5	Master 1
6	Master 2

La méthodologie décrite ici s'articule avec la phase qualitative d'entretiens préalables. Le questionnaire issu des entretiens a été proposé pour relecture à plusieurs MK. Les professionnels qui ont participé à cette phase d'enquête présentent des profils divers et une expérience variée (Tableau 3) et n'ont pas participé à la phase d'entretiens semi-directifs.

Les professionnels ont été priés de répondre à la demande suivante :

- Les questions sont-elles formulées clairement et sont-elles bien compréhensibles ?
- Les questions sont-elles formulées de manière à ne pas orienter le lecteur ?
- Les questions sont-elles pertinentes au vu de la problématique ?

Les réponses ont ensuite été croisées pour dégager un consensus.

III.2.2.2 Présentation du questionnaire

L'outil Limesurvey, mis à disposition par l'Université de Bretagne Occidentale (UBO) a été utilisé pour construire le questionnaire. Les réponses étaient anonymes. Afin d'éviter tout parasitage par des robots, un CAPTCHA a été ajouté à la fin du questionnaire.

Le questionnaire est composé de deux parties : l'une relative aux informations générales des répondants ce qui nous permettra d'analyser leurs caractéristiques individuelles, l'autre concernant l'avis des MK vis-à-vis de l'accès direct évaluant ainsi les notions traitées dans ce travail (Annexe II).

Caractéristiques individuelles des répondants

Les informations générales permettront lors de l'analyse des données d'infirmer ou de confirmer les hypothèses émises. Ainsi, il sera possible de vérifier si l'expérience ou le mode d'exercice par exemple influent sur l'avis des professionnels. Il s'agit de connaître le mode d'exercice, l'expérience professionnelle, le parcours du MK. La dispersion des professionnels selon leur expérience a été préférée à l'âge. Cela permet de ne pas introduire de biais lié aux personnes en reprise d'études. Les classes d'expérience ont été choisies en fonction des réformes du cursus de formation initiale. En effet, la précédente réforme date de 1989. Les professionnels exerçant depuis plus de 30 ans ont donc suivi un cursus différent.

Le questionnaire comportait une question pivot, à propos de la pertinence de l'accès direct pour le MK. En fonction de sa réponse, le MK sera orienté vers un jeu de questions spécifiques.

Avis des professionnels à propos de l'accès direct

La seconde partie du questionnaire permettait d'explorer l'avis des MK en fonction de leur réponse à la question pivot. Ainsi, les professionnels qui considéraient que l'accès direct serait pertinent ont été amenés à développer leur avis. Ceux qui considéraient que l'accès direct ne serait pas pertinent ont également été amenés à développer leur avis via un autre jeu de questions.

Une question permettra d'analyser l'impact des différents modes de diffusion de l'enquête, et de nuancer les résultats. Ainsi, les réseaux sociaux ciblent une certaine catégorie de la population professionnelle, différente selon le réseau concerné.

Trois syndicats professionnels (Alizé, FFMKR, SNMKR) ont accepté de diffuser l'enquête via leurs mailings internes et sur les réseaux sociaux. Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) représentant les MK ainsi que les conseils

départementaux de l'ordre (CDOMK) ont été sollicités, et certains ont relayé le questionnaire. Celui-ci a également été mis à disposition sur les réseaux sociaux Facebook et Twitter entre le 17 septembre 2018 et le 4 octobre 2018. Une relance a été effectuée le 25 septembre 2018.

Les professionnels ayant participé à la phase d'entretiens ont pu participer à l'enquête.

III.3 Méthode d'analyse des données

Un traitement statistique a été réalisé pour chacun des groupes en calculant les pourcentages.

Pour les statistiques inférentielles, lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5, le test de Khi-2 a été utilisé.

Les hypothèses H0 (il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes) et H1 (il y a une différence statistiquement significative entre au moins deux des groupes étudiés) ont été posées. Le risque α, qui est le risque de rejeter à tort H0, a été fixé à 5 %. Cela signifie qu'un résultat au test inférieur à 0,05 permet d'accepter au risque α que la différence est statistiquement significative, et donc de rejeter H0.

L'ancienneté dans la profession et le mode d'exercice ont été utilisées comme variables indépendantes. Les échantillons composés de MK exerçant depuis moins de 10 ans (n=774), entre 10 et 19 ans (n=732), entre 20 et 29 ans (n=519) et depuis 30 ans et plus (n=686) ont été comparés d'un côté. D'un autre côté ont été comparés les échantillons composés de MK exerçant en libéral (n=2493), en salariat (n=86), de manière mixte (n=112). Les enseignants représentant un effectif trop faible (n=20), ces données n'ont pas été dans les analyses concernant le mode d'exercice. Elles ont cependant été intégrées aux analyses selon l'expérience.

Ces différentes analyses ont été réalisées via l'outil LibreOffice Calc.

IV. RÉSULTATS

IV.1 Résultats généraux

IV.1.1 Caractéristiques de la population

Tableau 4 : *Caractéristiques des MK ayant répondu*

	Fréquence	%
Mode d'exercice	2711	
Libéral	2493	91,96 %
Salariat	86	3,17 %
Exercice mixte	112	4,13 %
Enseignement	20	0,74 %
Pratique depuis le diplôme		
<10 années	774	28,55 %
10-19 années	732	27,00 %
20-29 années	519	19,14 %
30 années et plus	686	25,30 %
Pratique privée		
<10 années	876	32,31 %
10-19 années	775	28,59 %
20-29 années	525	19,37 %
30 années et plus	494	18,22 %
Jamais	42	1,55 %
Pratique en institution		
<10 années	1077	39,73 %
10-19 années	130	4,80 %
20-29 années	42	1,55 %
≥ 30 années	22	0,81 %
Jamais	1440	53,12 %

Le questionnaire est resté accessible en ligne pendant dix-huit jours. Au total, 2711 MK ont répondu à l'enquête, soit 3 % de la population totale des MK. Leurs caractéristiques sont regroupées dans le Tableau 4.

Au 1er janvier 2019, selon le CNOMK, on comptait 85,37 % de MK libéraux et 14,63 % de salariés dans la profession (93 000 professionnels). La population de l'enquête est ici constituée de 91,96 % de libéraux et de 3,17 % de salariés, auxquels il faut ajouter les professionnels qui exercent à la fois en libéral et en salariat (exercice mixte) et les enseignants. Les libéraux sont donc sur-représentés dans l'échantillon obtenu. Plus de

la moitié des répondants n'a jamais exercé en salariat (53,12 %), alors que seulement 1,55 % n'a jamais exercé en libéral.

Les hommes sont sur-représentés par rapport à la population des masseurs-kinésithérapeutes. En effet, le 1er janvier 2019, selon le CNOMK, la profession était composée de 49,76 % d'hommes et de 50,24 % de femmes. Dans cette enquête, le rapport obtenu est de 57,88 % d'hommes et de 42,12 % de femmes.

IV.1.2 Accès à l'enquête

Tableau 5 : *Mode d'accès à l'enquête*

Mode d'accès à l'enquête	Fréquence	%
Ordre des masseurs-kinésithérapeutes	217	8,00 %
Syndicat	1654	61,01 %
URPS	175	6,46 %
Réseau social	459	16,93 %
Autre	206	7,60 %
Total	**2711**	

La majorité des répondants (N = 1654) a pris connaissance de l'enquête via la diffusion par un syndicat (Alizé, FFMKR, SNMKR) (Tableau 5). Les syndicats ayant utilisé à la fois leurs mailings internes et les réseaux sociaux, il est possible que des professionnels non-syndiqués aient bénéficié de ce relai.

IV.2 Statistiques inférentielles

IV.2.1 Pertinence de l'introduction de l'accès direct en France

Tableau 6 : *Pertinence de l'accès direct en fonction de l'expérience*

Nombre d'années d'expérience	< 10 ans	10-19 ans	20-29 ans	> 30 ans	P-value*	P-value**
Pertinence de l'accès direct	87,08 %	81,69 %	87,48 %	88,92 %	0,0004	0,004
Arguments en faveur de l'accès direct						
Cela permettrait de désengorger les cabinets médicaux et les services d'urgences	80,27 %	68,23 %	72,03 %	60,66 %	3,1E-13	1,58E-06
Cela permettrait de faire des économies (pour la Sécurité Sociale)	74,18 %	71,40 %	64,54 %	62,79 %	1,55E-05	1,25E-06
Cela permettrait de faire gagner du temps aux patients	79,23 %	80,10 %	75,55 %	71,48 %	0,0012	0,0002
Cela permettrait de diminuer le nombre d'examens complémentaires	56,23 %	41,81 %	37,67 %	35,90 %	3,53E-14	5,28E-10
Les masseurs-kinésithérapeutes sont suffisamment compétents pour réaliser un bilan permettant de réorienter si besoin vers un médecin	84,27 %	86,96 %	91,85 %	92,79 %	1,72E-06	1,98E-07
Freins à l'accès direct						
MK insuffisamment formés	59,00 %	48,51 %	35,38 %	44,74 %	0,0254	0,02
Responsabilité	57,00 %	55,22 %	53,85 %	51,32 %	**NS**	**NS**
Inadapté à la pratique quotidienne	31,00 %	29,10 %	35,38 %	28,95 %	**NS**	**NS**
Pas de problématique d'accès aux soins	8,00 %	21,64 %	18,46 %	23,68 %	0,0213	**NS**
Autre	15,00 %	23,88 %	26,15 %	17,11 %		

NS : Non Significatif

Cette enquête permet de poser le constat suivant : **la grande majorité des répondants (86,17 %) est favorable à l'introduction de l'accès direct en France.** Ce résultat est cependant nuancé en fonction de l'expérience et du mode d'exercice des professionnels (Tableau 6 et Tableau 7).

Les MK libéraux sont plus favorables que les salariés à cette modification (p=9,5E-5). La différence est également marquée entre les professionnels ayant une activité mixte et les salariés, plus réticents (p=0,028). Les MK libéraux sont proportionnellement plus nombreux à trouver que l'introduction de l'accès direct serait pertinente (86,8 %) que les salariés (72,09 %) et que les professionnels ayant un exercice mixte (84,82 %).

Les MK exerçant depuis plus de 20 ans sont plus favorables à l'accès direct que ceux exerçant depuis moins de 20 ans (p=0,004). Ce résultat est surtout expliqué par la classe des 10-19 ans d'exercice, plus frileuse que les autres classes d'expérience à la mise en œuvre de l'accès direct.

Tableau 7 : *Pertinence de l'accès direct en fonction du mode d'exercice*

Mode d'exercice	Libéral	Salarié	Mixte	P-value
Pertinence de l'accès direct	86,80 %	72,09 %	84,82 %	0,0004
Arguments en faveur de l'accès direct				
Cela permettrait de désengorger les cabinets médicaux et les services d'urgences	71,35 %	59,68 %	62,11 %	0,02
Cela permettrait de faire des économies (pour la Sécurité Sociale)	69,50 %	53,23 %	61,05 %	0,006
Cela permettrait de faire gagner du temps aux patients	77,36 %	66,13 %	75,79 %	**NS**
Cela permettrait de diminuer le nombre d'examens complémentaires	44,36 %	33,87 %	33,68 %	0,03
Les masseurs-kinésithérapeutes sont suffisamment compétents pour réaliser un bilan permettant de réorienter si besoin vers un médecin	88,68 %	87,10 %	90,53 %	**NS**
Freins à l'accès direct				
MK insuffisamment formés	49,24 %	45,83 %	29,41 %	**NS**
Responsabilité	57,45 %	33,33 %	41,18 %	0,03
Inadapté à la pratique quotidienne	30,40 %	50,00 %	5,88 %	0,01
Pas de problématique d'accès aux soins	18,84 %	4,17 %	23,53 %	
Autre	20,06 %	20,83 %	35,29 %	

NS : Non Significatif

Arguments des MK favorables à l'accès direct

Il a été demandé aux MK favorables à l'accès direct (n=2336) d'argumenter leur avis. Certains arguments diffèrent selon le mode d'exercice.

Ainsi, les MK libéraux paraissent plus sensibles aux **considérations de santé publique** (diminution des coûts, gain de temps médical, diminution du nombre d'examens complémentaires) que les autres classes.

Le **gain de temps pour les patients et la compétence suffisante des MK pour réorienter** si nécessaire semblent être des arguments qui convainquent les professionnels, quel que soit leur mode d'exercice (p>0,05). Lorsque l'on étudie les arguments en fonction de l'expérience professionnelle (nombre d'années d'exercice depuis le diplôme), il est intéressant de constater que les plus expérimentés axent leur argumentaire sur la capacité de la profession à assurer la sécurité des patients en réorientant si besoin vers un médecin. Les professionnels ayant moins de 20 ans

d'exercice paraissent, eux, convaincus que l'accès direct serait justifié par des bénéfices économiques et de santé publique.

Arguments des MK défavorables à l'accès direct

Les MK estimant que l'accès direct ne serait pas pertinent (n=375) ont également été invités à argumenter cette opinion.

L'**augmentation de la responsabilité** qui découlerait de ce fonctionnement représente le frein le plus important. Les libéraux semblent les plus concernés, plus que les professionnels en exercice mixte et que les professionnels salariés (p=0,03). L'importance que donnent les professionnels à ce frein ne diffère pas en fonction de l'expérience (p>0,05).

Le **manque de formation** est le second frein le plus important mis en évidence dans cette question. Si ce constat est partagé par les professionnels quel que soit leur mode d'exercice (p>0,05), il varie toutefois en fonction de l'expérience. Ainsi, les moins expérimentés sont plus enclins à considérer que les MK sont insuffisamment formés pour pratiquer en accès direct, alors que les professionnels bénéficiant d'une expérience de plus de 20 ans sont moins nombreux à partager cet avis.

Il semble plus compliqué pour les salariés de se projeter dans l'exercice en accès direct que pour les professionnels libéraux et ayant une activité mixte. En effet, 50 % des salariés estiment que l'accès direct ne serait **pas adapté à leur exercice,** alors que seuls 30,4 % des libéraux et 5,88 % des professionnels exerçant une activité mixte partagent cette opinion (p=0,01).

Cette question proposait une réponse ouverte, que les professionnels ont utilisée pour faire part d'éléments qui n'apparaissaient pas dans le questionnaire : les MK ont exprimé le risque d'abus des patients (n=11) et de certains praticiens (n=3), qui pourrait mettre en péril le remboursement des soins, l'intérêt d'une prise en charge interprofessionnelle qui pourrait être fragilisée par ce mode de fonctionnement (n=11), la surcharge actuel des cabinets de masso-kinésithérapie qui ne pourraient pas absorber la demande (n=19), ainsi que l'impossibilité de prescrire des examens complémentaires qui limiterait les possibilités d'éliminer des drapeaux rouges (n=6).

IV.2.2 Compétence ressentie à exercer en accès direct

Tableau 8 : *Compétence ressentie à exercer en accès direct en fonction du mode d'exercice*

Mode d'exercice	Libéral	Salarié	Mixte	P-value
Ressenti de la compétence				
Oui, dans tous les domaines	27,60%	10,47%	25,00%	0,002
Oui, dans un ou plusieurs domaines	64,74%	73,26%	68,75%	**NS**
Non	7,66%	16,28%	6,25%	0,01

NS : Non Significatif

Tableau 9 : *Compétence ressentie à exercer en accès direct en fonction de l'expérience*

Nombre d'années d'expérience	< 10 ans	10-19 ans	20-29 ans	> 30 ans	P-value*	P-value**
Ressenti de la compétence						
Oui, dans tous les domaines	12,79 %	25,96 %	37,19 %	36,01 %	3,40E-29	5,03E-24
Oui, dans un ou plusieurs domaines	75,97 %	64,75 %	57,61 %	59,04 %	7,34E-14	5,14E-11
Non	11,24 %	9,29 %	5,20 %	4,96 %	6,04E-06	5,82E-07

* toutes classes comparées ; ** <20 ans d'expérience vs >20 ans d'expérience

Les MK ont été invités à réfléchir à leur capacité à prendre en charge des patients en accès direct (Tableau 8, Tableau 9). **La majorité d'entre eux (65,14 %) se sent compétente pour accueillir directement des patients dans un ou plusieurs domaines de la masso-kinésithérapie.** Ce ressenti ne varie pas selon le mode d'exercice (p>0,05), mais diffère de manière considérable en fonction de l'expérience (p=7,34E-14). Ainsi, les MK les moins expérimentés semblent plus à l'aise avec l'idée de pratiquer en accès direct dans un ou plusieurs domaines de leur profession. Avec l'expérience, les professionnels paraissent prendre de l'assurance et se sentent plus compétents à exercer en accès direct quel que soit le domaine concerné.

28,89 % des MK se sentent compétents pour exercer en accès direct dans l'ensemble de leur champ de compétences. Cette perception varie en fonction du mode d'exercice (p=0,002). Les libéraux et les professionnels ayant un exercice mixte paraissent se sentir plus compétents dans l'ensemble des domaines de la masso-kinésithérapie, alors que les salariés privilégient un exercice ciblé. Cela peut être expliqué par l'exercice souvent plus orienté en milieu salarié.

7,97 % des professionnels ayant répondu à cette question ne se sentent pas compétents pour prendre des patients en charge en accès direct. Ce ressenti est fonction du mode d'exercice (p=0,01) et de l'expérience (p=6,04E-6). Le fait d'avoir un exercice salarié, exclusif ou non, semble influencer les professionnels. Ainsi, 16,28 % des salariés ont répondu qu'ils estimaient ne pas être compétents, contre 7,66 % des libéraux. L'expérience joue également un rôle primordial, puisqu'elle semble directement corrélée au ressenti de la compétence.

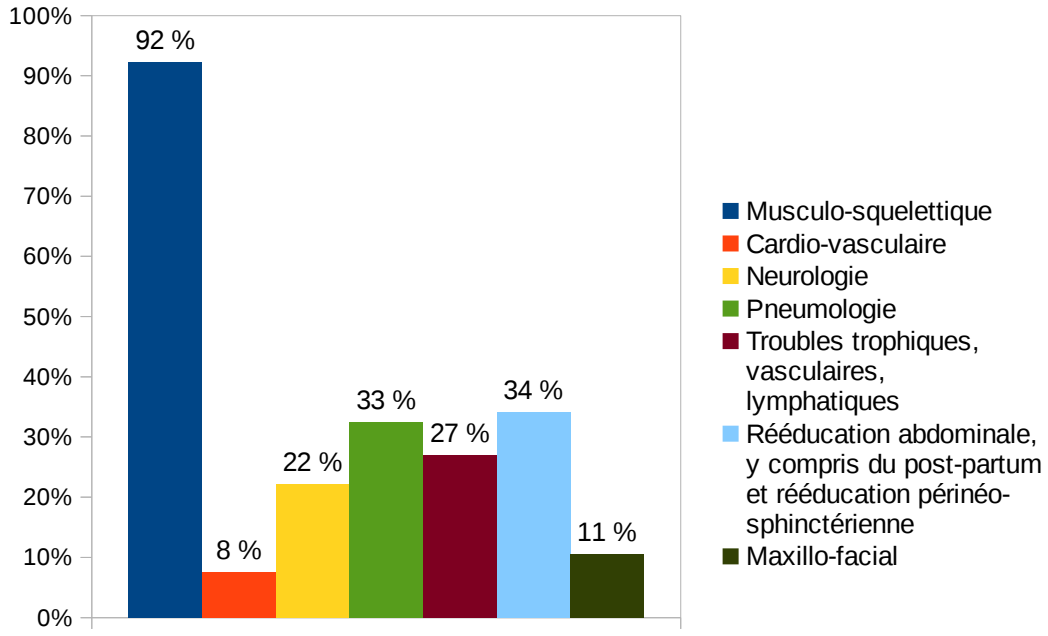

Figure 2 : *Domaines de compétences dans lesquels les MK se sentent compétents pour l'accès direct, tous modes d'exercice confondus*

Les modalités de mise en place de l'accès direct en France restent à fixer. Les limites de cette prise en charge constituent l'une des questions centrales, notamment en termes de domaines concernés. Les MK devraient-ils pouvoir prendre en charge des patients sans orientation ou prescription médicale dans tout leur champ de compétence ? Ou faut-il au contraire limiter cette possibilité à quelques domaines, voire à un seul ? Les professionnels ont été invités à s'exprimer sur cette question, en désignant les domaines dans lesquels ils se sentiraient compétents pour prendre en charge des patients en accès direct. **Le domaine musculo-squelettique est celui**

dans lequel les professionnels se sentiraient les plus compétents pour prendre en charge des patients en accès direct (Figure 2). Selon le mode d'exercice, les professionnels ne se sentent pas à l'aise dans les mêmes domaines. Ainsi, dans certains domaines très spécifiques comme la neurologie et la pneumologie, les salariés sont plus nombreux à se considérer comme compétents. L'organisation des services hospitaliers conduisant nombre de MK à avoir un exercice spécifique, ce constat n'est pas surprenant. La réflexion inverse peut être menée sur le champ de la rééducation abdominale, qui est majoritairement réalisée en libéral. De fait, les MK libéraux sont plus nombreux à s'estimer capables de prendre en charge des patients en accès direct dans ce domaine (p=0,01). Cette question a également permis de mettre en lumière le fait que **certains domaines paraissent être peu adaptés à une prise en charge en accès direct**, les professionnels ne s'y sentant pas compétents. Ainsi, les champs maxillo-facial et cardio-vasculaire sont moins plébiscités par les MK.

IV.2.3 Conditions à la mise en place de l'accès direct

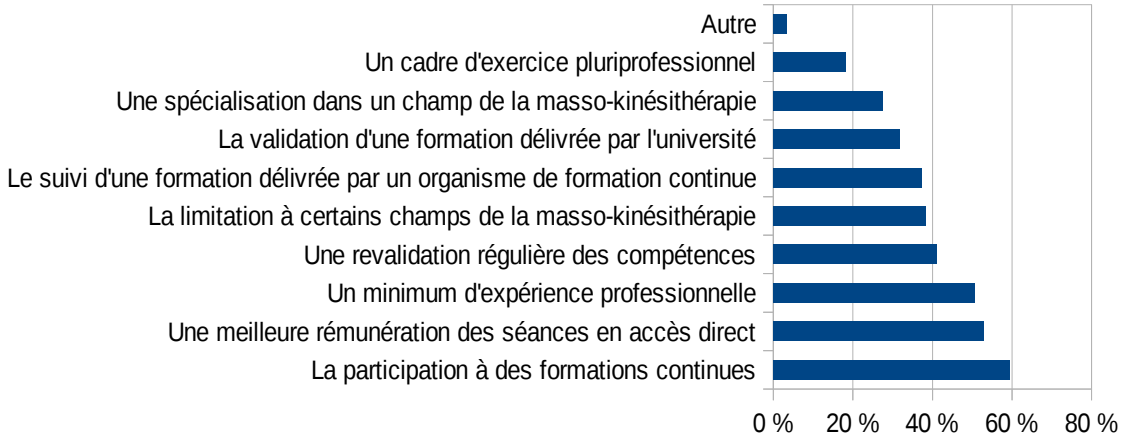

Figure 3 : *Conditions indispensables à l'accès direct selon les MK interrogés*

Parmi les MK pour lesquels l'accès direct serait pertinent, il a été identifié les conditions indispensables à la mise en œuvre d'un tel modèle (Figure 3). L'importance des éléments cités n'est globalement pas fonction du mode d'exercice. Une exception est cependant intéressante à souligner : les professionnels salariés et ayant un exercice mixte estiment qu'un cadre d'exercice pluriprofessionnel est un élément important à la mise en œuvre de l'accès direct, alors que cet élément présente peu d'importance pour les libéraux (p=0,005). Les professionnels qui ont une activité mixte

ont une possibilité de comparaison sur ce point, puisqu'ils bénéficient à la fois du cadre pluriprofessionnel présent en salariat, mais également de l'exercice libéral, où la communication est souvent moins présente. Les MK ayant une activité mixte sont d'ailleurs ceux qui sont les plus en faveur de la nécessité d'un cadre d'exercice pluriprofessionnel pour exercer en accès direct.

L'expérience professionnelle intervient quant à elle fortement dans cette question. La rémunération des séances semble au cœur des préoccupations, mais de manière variable selon les classes. Ainsi, cette demande est plus forte chez les moins expérimentés que chez ceux ayant plus de 20 ans de métier (p=0,0003). Les conditions introduisant des limites dans l'exercice de la profession (suivi d'une formation, certification régulière, spécialisation) sont moins soutenues par les professionnels expérimentés. Au contraire, la nécessité d'un minimum d'expérience semble être de plus en plus importante aux yeux des professionnel au fur et à mesure qu'ils avancent dans leur carrière (p=9,60E-33).

Les réponses à cette question font émerger le constat suivant : **la mise en œuvre de l'accès direct nécessite de remplir un certain nombre de conditions pour que les professionnels s'y impliquent pleinement.**

IV.2.4 Formation complémentaire, contenu et accès

La nécessité d'une formation complémentaire semble être l'une des préoccupations majeures des MK lorsque l'on interroge les conditions dans lesquelles l'accès direct pourrait être mis en place. Ainsi, 59,33 % des MK ayant répondu à cette question (1386/2336) désignent la participation à des formations continues comme un élément indispensable. On trouve également une proportion importante de professionnels estimant nécessaire la validation d'une formation universitaire ou dispensée par un organisme non-universitaire (741/2336 et 871/2336).

Si la nécessité de formation continue dans le cadre de l'accès direct paraît une évidence à nombre de MK, les modalités restent à définir. La question du contenu et de l'accès à cette formation a été posée dans le cadre de cette étude.

Tableau 10 : *Contenu de la formation complémentaire en fonction de l'expérience*

Nombre d'années d'expérience	< 10 ans	10-19 ans	20-29 ans	> 30 ans	P-value*	P-value**
Contenu de la formation complémentaire						
La communication avec les autres professionnels de santé	34,87 %	45,15 %	61,67 %	65,74 %	0,009	0,048
L'approche psychologique du patient	22,55 %	11,71 %	14,32 %	16,72 %	2E-06	NS
Les drapeaux rouges (red flags)	63,06 %	41,97 %	32,16 %	27,05 %	2,64E-42	2,2E-31
La lecture critique d'articles scientifiques	20,47 %	8,70 %	9,03 %	10,33 %	9,24E-12	0,00018
La conduite d'anamnèse et de bilan	51,93 %	35,12 %	35,68 %	34,92 %	4,24E-12	1,61E-05
La lecture d'imageries	41,69 %	31,27 %	33,48 %	31,97 %	0,0002	0,035
Le diagnostic différentiel	64,54 %	50,50 %	46,92 %	45,41 %	1,49E-12	1,01E-08
Des éléments de pharmacologie	25,37 %	17,89 %	13,88 %	13,28 %	1,62E-08	1,93E-07
Le leadership et l'exercice en milieu pluriprofessionnel	6,53 %	3,51 %	2,42 %	3,93 %	0,00427	0,03
Le raisonnement clinique	56,68 %	41,30 %	37,00 %	39,84 %	1,15E-12	1,6E-07
Autre	1,19 %	0,17 %	0,66 %	0,49 %		

* toutes classes comparées ; ** <20 ans d'expérience vs >20 ans d'expérience ; NS : Non Significatif

Quel que soit le mode d'exercice, les professionnels sont d'accord quant au contenu de cette formation. Les avis ont été regroupés en plusieurs thèmes développés ci-après. Les **éléments liés au diagnostic d'exclusion** (diagnostic différentiel, drapeaux rouges, raisonnement clinique), qui contre-indiqueraient une prise en charge masso-kinésithérapique, apparaissent comme étant les plus importants à intégrer dans une formation. Le nombre d'années d'expérience a lui un impact dans le choix du contenu de formation (Tableau 10). Les moins expérimentés ont choisi plus d'items que les plus expérimentés, ce qui suggère qu'ils attendent beaucoup de la formation. L'importance accordée aux différentes propositions diffère considérablement en fonction des classes. Une formation aux **drapeaux rouges** (*red flags*) paraît de moins en moins nécessaire alors que le nombre d'années d'expérience augmente (p=2,64E-42). Ainsi, cet élément est indispensable pour 63,06 % des professionnels ayant moins de 10 ans d'expérience, et pour seulement 27,05 % de ceux ayant plus de 30 ans de métier. De même, une formation au **diagnostic différentiel** semble plus importante aux moins expérimentés (p=1,49E-12). Au contraire, une formation à la **communication avec les autres professionnels de santé** paraît plus importante aux plus expérimentés (p=0,009). C'est d'ailleurs l'élément le plus important pour les professionnels ayant plus de 20 ans d'expérience. La formation à la **lecture critique d'articles scientifiques** ne paraît que peu importante aux professionnels, quelle que soit la classe d'expérience.

Une formation à la **conduite d'anamnèse et à la réalisation de bilans** semble particulièrement nécessaire aux moins expérimentés (44,03 % des professionnels de moins de 20 ans d'expérience versus 35,24 % de ceux ayant plus de 20 ans d'expérience) (p=1,61E-5).

Tableau 11 : *Caractère obligatoire de la formation complémentaire en fonction du nombre d'années d'expérience*

Nombre d'années d'expérience	**< 10 ans**	**10-19 ans**	**20-29 ans**	**> 30 ans**	**P-value***	**P-value****
Caractère obligatoire de la formation complémentaire						
Obligatoire pour tous les kinésithérapeutes qui souhaitent exercer en accès direct	63,10 %	55,69 %	57,58 %	48,72 %	0,001	0,006
Obligatoire pour tous les kinésithérapeutes en exercice	34,93 %	39,69 %	32,47 %	43,27 %	0,031	**NS**
Facultative	1,97 %	4,62 %	9,96 %	8,01 %	2,06E-05	5,04E-06

* toutes classes comparées ; ** <20 ans d'expérience vs >20 ans d'expérience ; NS : Non Significatif

Le droit de pratiquer en accès direct pourrait être lié au suivi d'une formation complémentaire à la formation initiale (Tableau 11). 57,26 % des MK ayant répondu à cette question estiment que la formation complémentaire devrait être obligatoire pour tous ceux souhaitant exercer en accès direct. 37,72 % pensent qu'elle devrait être obligatoire pour tous les MK. Les plus expérimentés sont plus en faveur du caractère facultatif de cette formation que les professionnels ayant moins de 20 ans d'expérience (p=5,04E-6), mais cette opinion demeure marginale, puisqu'elle n'est supportée que par 5,02 % des professionnels ayant répondu à cette question, soit 72 sur 1326. Le mode d'exercice n'a pas d'influence significative sur les réponses des professionnels quant au caractère obligatoire de la formation complémentaire.

V. DISCUSSION

V.1 Analyse des principaux résultats

V.1.1 La compétence ressentie des MK, liée à une méconnaissance du raisonnement clinique médical ?

92,03 % des MK ayant répondu à l'enquête se sentent compétents pour pratiquer en accès direct, selon certaines conditions. Ce chiffre montre que la profession serait prête à intégrer ce fonctionnement à sa pratique. Il convient ensuite de comprendre dans quel cadre ce fonctionnement pourrait être mis en place.

Les entretiens menés dans la première phase de la recherche permettent d'explorer de manière plus approfondie ce ressenti. Le MK accueille ses patients à la suite d'une consultation médicale, soit en ville soit dans un établissement de santé ou médico-social. Dans un cadre thérapeutique, ces patients ont donc systématiquement été examinés par un médecin. La prescription de masso-kinésithérapie qui est issue de la consultation est l'aboutissement du raisonnement clinique mené par le praticien médical. Ce raisonnement comprend une anamnèse et un examen clinique, à la suite desquels le médecin synthétise les informations obtenues, les intègre grâce à son expérience et ses connaissances (sens clinique) afin d'aboutir à des hypothèses diagnostiques. Il estime ensuite la probabilité que le patient ait l'un ou l'autre des diagnostics supposés. Cela demande des notions d'épidémiologie et une connaissance des signes cliniques. Ce raisonnement, clé de voûte du diagnostic final, n'est pas apparent au clinicien qui exécute la prescription.

Le **manque de connaissance du raisonnement clinique médical** pourrait être l'une des explications au fait que les MK entretenus s'interrogent sur l'intérêt de la consultation médicale préalable : *« Il y a quand même certaines prescriptions où je me demande pourquoi les patients sont allés chez le médecin »* (P., entretien n°1), *« Je trouve que les compétences sont parfois floues entre les compétences du médecin généraliste et celles du kinésithérapeute. Le médecin pose le diagnostic, mais en même temps on n'a rien d'écrit sur la prescription, donc on refait un bilan et un diagnostic »* (P., entretien n°2). Les MK ont alors l'impression de réaliser la même consultation que le médecin, une seconde fois. On peut qualifier la formation des professionnels de santé en France de tubulaire. Ce fonctionnement induit une méconnaissance par les professionnels des autres professions. Ici, certains MK

considèrent le médecin généraliste comme inutile avant une consultation en masso-kinésithérapie. Le manque de connaissances quant au rôle et aux compétences du professionnel médical conduisent des MK à estimer qu'ils seraient capables de faire la même chose que les médecins. L'OMS s'est positionnée depuis 1978 en faveur de l'Éducation Inter-Professionnelle (EIP), et a réaffirmé récemment son soutien pour cette pratique, qui pourrait favoriser l'obtention de meilleurs résultats cliniques (46). Dans une revue de 2011, Gallant et al. soulignaient le lien entre la communication interprofessionnelle et la qualité des soins (47). Ainsi, une meilleure connaissance des autres professionnels pourrait permettre de prendre en charge le patient de manière plus efficace. Si l'accès direct peut être l'une des réponses à la problématique de démographie médicale, sa mise en œuvre nécessite l'amélioration de la communication entre les professionnels. L'EIP représente un levier intéressant pour atteindre cet objectif.

Dans le cadre de ce travail, il est intéressant de souligner que les moins expérimentés considèrent qu'un cadre d'exercice pluriprofessionnel serait indispensable à l'exercice en accès direct, alors que les professionnels ayant plus de 20 ans d'expérience sont moins enthousiastes (p=0,024). Cependant, les MK ayant moins de 20 ans d'expérience sont les moins favorables à une formation portant sur la communication avec les autres professionnels de santé. L'une des explications possibles se trouve dans l'évolution de la formation initiale dans les dernières années. En effet, l'entrée dans les études de masso-kinésithérapie via l'université, sous forme d'expérimentation, est présente depuis une trentaine d'années. Il est à supposer que cette voie d'entrée permet de développer l'interprofessionnalité dès les premières années, expliquant le besoin moins important de ces professionnels à être formés sur la communication avec les autres professions de santé, cette compétence étant acquise au cours des études.

C. perçoit le rôle du médecin différemment des confrères cités précédemment : *« Pour moi le généraliste a pour mission de vérifier que le patient n'a rien de grave, de vital, et après de réorientation. Si on est en accès direct, il faut qu'on soit capables de faire ça, même avec des pathologies qu'on ne maîtrise pas, comme les pathologies viscérales, les cancers... »* (C, entretien n°8). Il faut alors s'assurer que les professionnels sont capables d'appliquer le raisonnement clinique aujourd'hui réalisé par les médecins, afin d'assurer la sécurité des patients. On peut légitimement s'interroger sur la capacité des MK à dépister des troubles métaboliques, des affections organiques. En effet, si la formation initiale comporte effectivement une part importante de sémiologie, le

raisonnement clinique, lui, n'est exploré que vers des troubles relevant de la compétence du MK.

Le MK est aujourd'hui capable de poser un diagnostic masso-kinésithérapique en fonction de son bilan. A l'exception des drapeaux rouges, qui permettent de réorienter le patient vers un médecin, le MK n'est cependant pas formé à dépister d'autres pathologies que celles relevant de son champ de compétences. Les professionnels ont été invités à développer leur avis selon lequel l'accès direct pourrait être pertinent. Une partie des MK considère que la profession est capable de mener un bilan et de réorienter si besoin les patients vers un médecin. Cette compétence légitimerait selon ces professionnels la mise en œuvre de l'accès direct (88,66 % des 2336 répondants à cette question). Les MK ayant moins de 20 ans d'expérience sont moins nombreux proportionnellement à considérer être compétents pour réorienter un patient que les MK ayant plus de 20 ans d'exercice (1,98E-7). La proportion de MK soutenant cette opinion, bien que variant en fonction de l'expérience, demeure forte. L'expérience semble cependant améliorer la confiance des professionnels en leur compétence à réaliser un diagnostic d'exclusion. Le blog Health Impact propose un billet rédigé par Guy Postiaux à ce sujet. Dans ce texte, il s'interroge sur le traitement sans prescription médicale et souligne le risque de l'excès de confiance en soi dans le contexte d'une demande de prise en charge sans consultation médicale préalable, pour un accès aigu de bronchiolite : *« La tentation est dès lors prégnante de traiter immédiatement l'enfant sur ce qui « semble » être une bronchiolite. Cependant, celle-ci ne se complique-t-elle pas d'une pneumopathie ? L'enfant ne souffre-t-il pas d'une autre affection aggravante comme des antécédents respiratoires résultant d'une naissance prématurée, d'une bronchodysplasie, ou encore d'un déficit immunitaire et j'en passe ? » (48).* Les symptômes perçus par le professionnel peuvent avoir de nombreuses étiologies. La plus grande prudence doit donc être de mise, alors que l'habitude pourrait inciter le thérapeute à se précipiter dans un diagnostic qui lui paraît évident.

Ces éléments soulèvent la question de la sécurité de la prise en charge par un MK en première ligne de soins, sans consultation médicale préalable. Les résultats positifs des études menées à l'étranger, s'ils ne peuvent être transférés et appliqués tels quels à la France, doivent questionner l'innocuité de l'accès direct au physiothérapeute. Dans une revue systématique publiée en 2018 et regroupant treize études, aucun événement indésirable n'a été retrouvé (36). Cependant, les études incluses étaient pour la plupart des études rétrospectives. Cela souligne la nécessité de conduire des

essais contrôlés randomisés pour réduire les biais et obtenir des preuves solides. Les auteurs concluaient d'ailleurs que de plus amples recherches étaient nécessaires pour explorer la sécurité de la prise en charge en accès direct.

Ces résultats en faveur de la non-dangerosité de l'accès direct au physiothérapeute peuvent être expliqués en partie par la perception de la gravité par le patient. Si dans certains cas on peut imaginer une pathologie sous-jacente, non visible et non connue du patient, qui le mettrait en danger en cas de prise en charge directe par un physiothérapeute, cela n'est sûrement pas la règle. Dans le modèle d'accès direct, ce sont les patients qui décident vers quels professionnels ils s'orientent. Une enquête par questionnaire, menée en Écosse en 2008 (49), a interrogé des patients à propos de leurs connaissances de la physiothérapie. Il s'avère que la majorité des répondants estime avoir des connaissances limitées à ce sujet. Cela pose la question de la capacité des patients à choisir le professionnel adapté à leur besoin. Piscitelli et al. (36) reportent en 2018 que les patients qui consultent en accès direct sont plus jeunes, avec un plus haut niveau d'éducation et présentent une clinique moins sévère que les patients qui consultent un médecin généraliste. On peut alors supposer que le bon sens des patients permet de limiter les risques liés à une prise en charge sans consultation médicale préalable, en les orientant vers le professionnel adapté.

L'absence d'événements indésirables est également explicable par la capacité des physiothérapeutes à réorienter les patients vers un médecin lorsque la situation ne relève pas de leurs compétences. Une évaluation des compétences des MK français s'avère donc indispensable à effectuer avant d'envisager une généralisation de l'accès direct. Dans le cadre de cette étude, les freins à l'introduction de l'accès direct ont été explorés. Parmi les professionnels qui estiment que l'accès direct ne serait pas pertinent en France, 48,27 % estiment que les MK ne sont pas suffisamment compétents. Ainsi, si la majorité des répondants est plutôt favorable à l'accès direct, une partie de la profession considère que les MK ne seraient pas capables de faire face à ce nouveau fonctionnement. Cette représentation souligne une nouvelle fois la nécessité d'évaluer les compétences des professionnels afin de lever ou non cette barrière.

V.1.2 L’expérience et la formation comme moyens d’acquérir les compétences nécessaires à l’accès direct

Les professionnels en exercice regroupent actuellement des professionnels issus d’une formation dont la maquette date d’avant 1989 et des professionnels formés sous la maquette de 1989. Dès juillet 2019, on trouvera également des nouveaux diplômés de la réforme de 2015. Tous les MK en exercice n’auront donc pas bénéficié de la même formation initiale. Lorsque l’on parle d’accès direct, il est nécessaire de s’interroger sur les compétences des MK. La réingénierie récente permet, dans les textes, de former des professionnels capables de pratiquer en accès direct. Cependant, la mise en œuvre de ce nouveau programme sur le terrain demeure hétérogène, et il paraît nécessaire de valider le niveau de compétences des MK. Dans l’hypothèse où l’on reconnaîtrait aux diplômés de la réingénierie de 2015 les compétences pour exercer en accès direct, il faudra interroger celles des professionnels actuellement en exercice.

Les MK ont été interrogés quant à leur besoin de formation complémentaire pour faire face à l’accès direct. Les entretiens ont fait émerger des notions contradictoires à ce sujet. Certains MK estiment qu’une formation serait indispensable, d’autres qu’elle serait intéressante mais devrait demeurer facultative, d’autres encore que la formation initiale devrait permettre d’acquérir les compétences nécessaires. T., quant à lui, pense qu’une formation ne lui apporterait rien, estimant que l’expérience permet de compenser les manques de la formation initiale (T., entretien n°4). Pour ce professionnel, un minimum d’expérience devrait être demandé avant d’obtenir l’autorisation d’exercer en accès direct. Cet avis est partagé par 50,77 % des personnes ayant répondu par l’affirmative à la pertinence de l’introduction de l’accès direct. La compétence pourrait, pour ces professionnels, s’acquérir par l’expérience et non pas seulement par la formation. Ce chiffre est intéressant à examiner en fonction de l’expérience des professionnels ayant répondu.

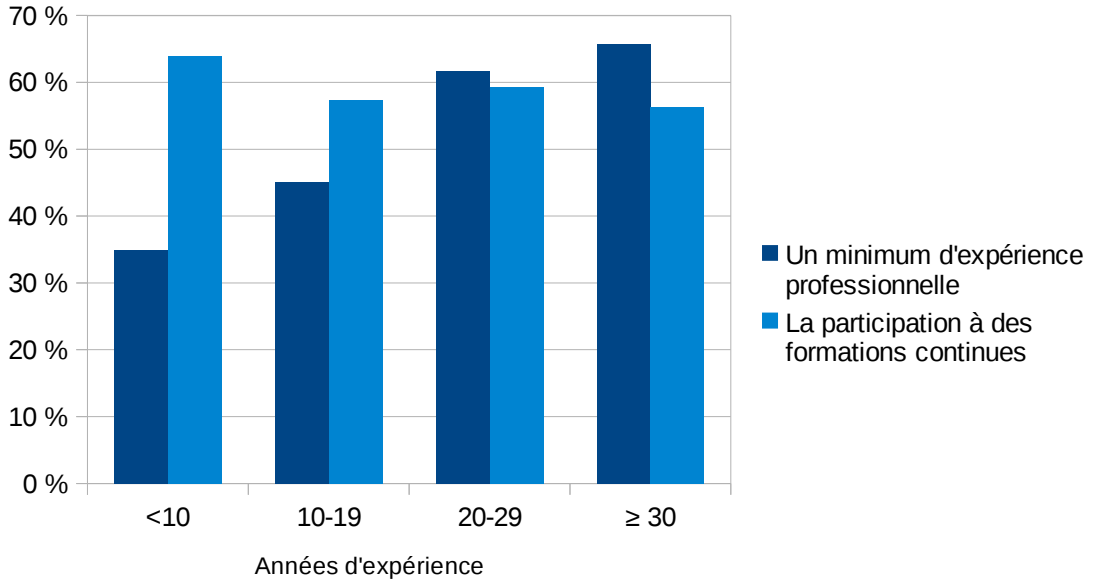

Figure 4 : *Comparaison de l'importance de la formation et de l'expérience en fonction du nombre d'années d'exercice des MK*

Ainsi, 65,74 % des MK exerçant depuis au moins 30 ans considèrent un minimum d'expérience comme une condition indispensable à la possibilité d'exercer en accès direct, contre 34,87 % des professionnels ayant moins de 10 ans de métier. Par contre, les plus expérimentés sont moins favorables au suivi d'une formation complémentaire que les plus jeunes. Cela illustre bien la différence de perception du mode d'acquisition des compétences (Figure 4). Il est intéressant de confronter ces résultats avec le ressenti de la compétence. Ainsi, les moins expérimentés sont ceux qui se sentent les moins compétents pour exercer en accès direct, alors qu'ils sont les moins nombreux à être en faveur du minimum d'expérience pour pratiquer en accès direct. Il paraît alors logique que la formation prenne une importance très forte pour ce groupe (moins de 20 ans d'expérience), puisqu'elle pourrait permettre de compenser leur manque d'expérience et de renforcer leur compétence.

Il serait incorrect d'affirmer que l'expérience seule apporte des compétences, alors que chaque professionnel a acquis des savoirs académiques supplémentaires pendant sa vie. Les expériences vécues sur le terrain permettent bien sûr de confronter ces savoirs avec le réel, mais ce n'est pas la durée d'exercice en tant que telle qui a permis le développement de compétences. Cette logique est exprimée par M., diplômé depuis 1992 : *« il y a des gens qui ont 20 ans d'expérience, ils font 20 ans la même chose,*

pour moi leur expérience ne leur sert pas à grand-chose. Pour moi il faut quand même des connaissances, l'expérience majore ce que tu peux apprendre mais ça ne suffit pas. » (M., entretien n°6).

Les professionnels s'approprient des compétences à travers la mise en pratique de savoirs, qui peuvent avoir été acquis de façons multiples. Le principe de Validation des Acquis d'Expérience (VAE) indique que l'expérience, selon sa richesse, peut être valorisée. La VAE affirme que l'acquisition de compétences peut se faire par des moyens divers, autrement que via le suivi de formation académique (50). La VAE n'existe pas dans les professions à caractère réglementé, puisque cela signerait la validation d'une période d'exercice illégal de la profession. Dans le cadre de l'accès direct, elle pourrait cependant être envisagée au sein de la profession.

Poser une règle uniforme pour permettre aux physiothérapeutes de pratiquer en accès direct, au vu des différences de niveau de formation initiale entre les pays, paraît impossible. Dans certains pays, il n'est pas nécessaire de réaliser une formation complémentaire pour avoir le droit de recevoir des patients sans prescription médicale (dans le cadre thérapeutique). Dans d'autres au contraire, une formation est demandée, sous la forme d'un master 2, d'une période de stage supervisée, voire des deux combinés (28). Aux Pays-Bas par exemple, avant l'introduction de l'accès direct, il a été demandé aux professionnels de suivre une formation complémentaire portant notamment sur les drapeaux jaunes et rouges ainsi que sur la formalisation de la communication entre médecins et physiothérapeutes (43). Dans un modèle de formation complémentaire obligatoire, la formation initiale ne permet pas de pratiquer en accès direct. Les professionnels ont donc un choix à faire, à savoir pratiquer sur prescription, ou suivre la formation certifiante pour pratiquer sans prescription.

Dans le cadre de ce travail, les MK ont été interrogés au sujet des conditions qui seraient nécessaires à l'accès direct. Parmi ceux estimant la formation comme importante, 56,94 % pensent qu'elle devrait être obligatoire uniquement pour les professionnels souhaitant exercer selon ce modèle. 37,63 % estiment que cette formation devrait être obligatoire pour toute la profession. Il est ici intéressant d'analyser la répartition des réponses en fonction de l'expérience. L'orientation vers une profession à deux niveaux est particulièrement soutenue par les moins expérimentés (p=0,006). Ainsi, 63,10 % des MK ayant moins de 10 ans d'expérience estiment que seuls les professionnels souhaitant exercer en accès direct devraient être contraints à suivre une formation, contre 48,72 % de ceux ayant plus de 30 ans de

métier. Ces données montrent qu'une partie de la population analysée souhaiterait que tous les MK ne puissent pas pratiquer en accès direct.

Ces différences d'opinion sont intéressantes en ce qu'elles ouvrent un questionnement sur l'avenir de la masso-kinésithérapie française. En effet, le fait de ne rendre cette formation obligatoire que pour ceux qui souhaiteraient exercer en accès direct suppose d'imaginer une profession à plusieurs niveaux d'autonomie. On trouverait dès lors une partie des professionnels travaillant sans prescription, et une autre partie exerçant sur prescription médicale. Ceux qui souhaiteraient pratiquer en accès direct pourraient faire valider leurs compétences, ou suivre une formation validante. A. Kubicki concluait en 2017 son article sur l'accès direct par la phrase suivante : *« tous les MK ne souhaitent pas évoluer vers ce type de pratique. C'est peut-être vrai, mais nous devons le vérifier. Et si effectivement une partie de la profession s'oppose à une telle évolution, ne devrions-nous pas envisager une organisation à deux niveaux : le technicien MK (niveau Licence) et l'ingénieur MK (niveau Master) ? »* (51).

Cette enquête a permis de faire émerger un certain nombre de freins. La trop grande responsabilité que l'accès direct impliquerait est le plus important d'entre eux (54,67 %). Actuellement, le médecin est responsable des actes qu'il délègue, dans le cadre d'une prescription. La principale réticence des MK français à pratiquer en accès direct réside dans l'augmentation de la responsabilité liée à ce fonctionnement. L'exercice sous prescription a l'avantage d'être rassurant pour le professionnel paramédical. Il est compréhensible qu'une partie de la profession ne souhaite pas voir sa responsabilité augmenter. Ce constat appuie l'orientation vers un dédoublement de la profession. Le dédoublement de la masso-kinésithérapie est une hypothèse soutenue par P., qui estime que faire évoluer la profession sur deux lignes parallèles, l'une consistant en l'accès direct, l'autre en l'accès sur prescription, serait « *une super idée, ça laisse aussi le choix aux thérapeutes, tout le monde ne veut pas exercer de la même façon. Peut-être fonctionner avec des spécialités, faire une spécialité accès direct, et donner accès aux professionnels déjà formés. Je pense que les niveaux c'est une très bonne idée. (…) Et si celui qui n'est pas en accès direct veut évoluer, il a accès à une formation qui le lui permet » (P., entretien n°2).* J. partage cet avis, estimant qu'il faudrait laisser le choix aux professionnels de s'orienter ou non vers l'accès direct. Ce modèle pourrait cependant être transitoire, si l'on estime que les diplômés de la réforme de 2015 sont compétents pour pratiquer en accès direct. F.P rapporte ainsi la possibilité de mettre en place un système à double-niveau pendant

quelques années : *« ceux qui sont actuellement en IFMK devraient tous être formés. Au bout de cinquante ans on n'aura plus que des kinésithérapeutes en accès direct. » (F.P., entretien n°9).*

La certification des compétences est une alternative au suivi obligatoire de formations. S. trouverait pertinent de permettre aux MK une validation de leurs compétences autrement que par une attestation délivrée à l'issue d'une formation : « *Pour moi on pourrait faire en sorte de reconnaître des compétences à certains kinésithérapeutes qui seraient formés à certaines choses. Quelque chose qui permettrait de dire qu'ils n'ont pas besoin de se former. Mais il faudrait une validation d'un certain nombre d'acquis qui sont essentiels. » (S., entretien n°5).* Des outils tels que le test de concordance de scripts pourraient par exemple être utilisés dans cette certification (E. Panchout, Journées Francophones de la Kinésithérapie, 2019). Les tests de concordance de scripts bénéficient d'un fort appui bibliographique et sont couramment utilisés pour évaluer les compétences des professionnels en contexte d'incertitude (52). Ils consistent en un ensemble de vignettes cliniques décrivant une situation problématique et proposant un ensemble d'options. Les réponses du candidat sont ensuite comparées aux réponses d'un panel d'experts. Pour tenir compte de la variabilité des réponses possibles, il est proposé un score minimal correspondant au nombre d'experts ayant choisi les mêmes réponses que le candidat. Le test nécessite peu de moyens et peut être réalisé sur papier ou en ligne.

Le projet de loi santé, voté le 26 mars 2019 en première lecture par l'Assemblée Nationale, prévoit une procédure de certification permettant de garantir, *« à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau de connaissances ».* Si le cadre de cette certification ainsi que ses modalités et conséquences ne sont pas définies actuellement, la création de ce processus est cependant intéressante. Les ordonnances devraient êtres prises par le gouvernement dans les deux ans suivant la publication de cette loi au journal officiel.

J., interrogé dans le cadre des entretiens, développe une vision nuancée de l'accès direct : *« Mon positionnement, aujourd'hui si on avait un vote à faire, je dirais juste non, un par la compétence, deux par l'évolution dans laquelle le métier va. Si le métier allait vers une spécialisation, vers un travail manuel, je dirais oui, parce qu'évidemment qu'il faut aller vers la première intention. » (J. entretien n°3).* Cette réticence ouvre un

questionnement sur une question relative à l'avenir de la profession en termes de spécialisation.

V.1.3 La limitation du domaine d'expertise comme réponse aux craintes relatives à la compétence

Les MK interrogés dans le cadre des entretiens et via le questionnaire ont pu faire part de leur intérêt quant à une évolution vers une profession spécialisée. Comme J. précédemment, nombre d'entre eux estiment que la spécialisation serait une étape nécessaire à la mise en œuvre de l'accès direct. Les professionnels sont ainsi 27,4 % à considérer que la spécialisation serait nécessaire pour pouvoir pratiquer en accès direct (N = 640).

La notion de **spécialisation** doit être définie. En Belgique, le terme de « qualifications professionnelles particulières » a été préféré à celui de « spécialités », puisque les professionnels conservent la possibilité d'un exercice en tant qu'omnipraticien bien qu'ils possèdent une compétence particulière dans un domaine. Il existe 6 qualifications professionnelles particulières reconnues : kinésithérapie cardiovasculaire ; thérapie manuelle ; kinésithérapie neurologique ; kinésithérapie pédiatrique ; rééducation abdomino-pelvienne et kinésithérapie périnatale ; kinésithérapie respiratoire. Pour acquérir l'une de ces qualifications professionnelles particulières, les kinésithérapeutes doivent apporter la preuve d'une expérience clinique dans le domaine concerné ainsi que d'une formation certifiante.

L'exercice de la médecine en France se fait dans le cadre d'une spécialisation. Cependant, bien qu'en pratique les professionnels exercent uniquement dans le cadre de leur spécialité, le Code de la Santé Publique indique que *« Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose »*. Dans ces deux exemples, belge et français, les professionnels doivent faire preuve de leurs compétences à travers l'obtention d'un diplôme certifiant. Cependant, l'obtention de ce diplôme ne les restreint pas strictement à un exercice spécialisé. Ainsi, ils conservent la possibilité d'exercer l'ensemble de leur profession. Dans le cadre de ce mémoire, certains professionnels estiment que la spécialisation devrait être une condition indispensable à l'accès direct. Une précision leur était apportée dans le questionnaire,

définissant les conditions d'exercice en accès direct dans le cadre d'une spécialisation : les professionnels ne pourraient recevoir des patients en accès direct que dans le cadre de leur spécialisation, mais ils pourraient continuer à exercer sur prescription dans l'ensemble de leur champ de compétences.

En France, bien qu'il n'existe pas de « spécialité » en masso-kinésithérapie, certains outils permettent de recenser les compétences particulières. Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), accessible aux masseurs-kinésithérapeutes en Île-de-France et en Occitanie en est un exemple. Le ROR est une base de données qui donne la possibilité aux masseurs-kinésithérapeutes de déclarer leurs compétences dans un champ particulier. Cette base n'est accessible qu'aux autres professionnels, qui peuvent ainsi réorienter leurs patients vers des confrères ayant approfondi certains champs de la masso-kinésithérapie.

M., salarié qui a un exercice spécifique, estime que *« c'est difficile d'être compétent dans tous les domaines. Je pense que pour prendre quelqu'un en charge il faut avoir des compétences, notamment de diagnostic différentiel, qu'on n'a pas forcément dans notre cursus d'apprentissage classique, et qu'on ne peut pas avoir à mon avis sur toutes les disciplines qu'on peut avoir à traiter en libéral, que ça soit rhumatologie, orthopédie, traumatologie, cardiologie, respiratoire etc. » (M., entretien n°6).* Selon cet avis, seuls les MK spécialisés dans un domaine pourraient alors prendre en charge des patients en accès direct, dans la limite de leur spécialisation. Cela questionne la lisibilité abordée précédemment. Une alternative, permettant d'alléger la complexité, pourrait être de limiter l'accès direct à certains champs de la profession.

Cette solution est soutenue par 38,44 % des répondants (N = 898). Ce chiffre peut être mis en relation avec le sentiment de compétence des professionnels. La majorité d'entre-eux déclare en effet se sentir compétente dans un ou plusieurs domaines de la masso-kinésithérapie pour pratiquer en accès direct (n=65,14 %). Faut-il dès lors réduire l'accès direct au champ musculo-squelettique, qui semble le plus maîtrisé ? D'après la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), 68 % des actes des MK en 2017 concernaient des affections orthopédiques et rhumatologiques. La proposition précédente peut être mise en perspective avec les études menées à l'international, qui concernent pour la plupart le champ musculo-squelettique. Les résultats concluant à l'innocuité d'un tel fonctionnement ne peuvent être analysés que dans le cadre de plaintes musculo-squelettiques. Mettre en place l'accès direct à la masso-kinésithérapie dans l'ensemble des domaines nécessiterait de mener des essais

comparant la compétence médicale et celle des MK dans tous les champs de la profession.

Cependant, il ne serait pas forcément nécessaire de restreindre dans les textes le champ d'exercice des MK dans le cadre de l'accès direct. Il pourrait ainsi s'agir de faire confiance aux MK quant au ressenti de leurs compétences et de leurs limites. M. estime ainsi que *« l'autonomie c'est aussi savoir déléguer, si tu ne sais pas tu délègues et tu passes à quelqu'un de plus compétent que toi » (M., entretien n°6).* Il s'agirait alors de considérer que les professionnels sont capables de reconnaître leurs limites et de réorienter leurs patients vers d'autres MK plus aptes à prendre en charge les patients qui sortent de leur domaine d'expertise, ou à un autre professionnel de santé. L'utilisation de stratégies de recours est l'une des étapes, et non des moindres, du raisonnement clinique. Dans le cadre de l'enquête, la compétence de réorientation vers un médecin en fonction des conclusions du bilan a été mise en avant par les professionnels. Cependant, il pourrait également s'agir d'une réorientation vers un collègue MK. Ainsi, bien qu'actuellement la spécialisation ne soit pas officiellement reconnue en France, de nombreux professionnels ont développé une activité orientée. Cette spécificité d'exercice conduit à une hyper-spécialisation des professionnels, qui ne se sentent alors plus compétents dans les autres domaines de leur profession. Certains se sentiraient capables d'accueillir des patients dans un ou plusieurs domaines qu'ils maîtrisent particulièrement, comme M : *« si on m'adresse un patient dans le domaine respiratoire, je pense que je saurais le prendre en charge de façon correcte dans mon champ de compétences. Par contre si on m'adresse un patient pour un problème de dos, heu ... bah franchement je ne sais pas ! » (M., entretien n°6).*

V.1.4 La coordination entre les professionnels dans un système aux entrées multiples

La projection dans un modèle en accès direct questionne nécessairement quant à sa lisibilité pour les patients. Pour P., « *Déjà que les compétences du kinésithérapeute par rapport à l'ostéopathe sont floues, si on rajoute plusieurs stades de kinésithérapeutes en première intention ou pas, ça va encore ajouter à l'incompréhension » (P., entretien n°2).* La remarque de S. souligne la nécessité d'une campagne massive de communication pour assurer la transition : *« si tous les kinésithérapeutes ne sont pas formés à l'accès direct, il n'y a aucune lisibilité par rapport à la population. C'est impossible de comprendre qu'on peut aller chez un kinésithérapeute si on n'a pas de*

prescription mais qu'on ne peut pas aller chez l'autre » (S., entretien n°5). Ces réflexions devront intervenir dans la construction d'un modèle d'accès direct, afin que les besoins des patients en termes d'orientation dans le système de soins soient pris en compte.

L'introduction de l'accès direct, quel que soit le modèle choisi, nécessitera la mise en place d'une communication massive et durable. En effet, le médecin traitant occupe une place importante dans la culture française. Le professionnel médical est bien souvent considéré comme le seul sachant, et une évolution des mentalités sera nécessaire pour que le MK en accès direct puisse être considéré comme digne de confiance. T. soulève cette problématique en insistant sur l'importance du rôle du médecin de famille en France : « E*st-ce que les patients sont prêts à ça ? Parce qu'à l'heure d'aujourd'hui quand tu te fais une entorse, le réflexe c'est d'aller voir ton médecin d'abord, parce que c'est dans les mœurs. Est-ce que spontanément ils vont aller voir leur kiné ? Il y aura une partie qui sera prête à le faire, parce qu'ils nous connaissent bien, parce qu'on les connaît bien, parce qu'ils ont déjà eu de la kiné, donc ils connaissent la qualité de ce que l'on fait, et pour certains c'est juste pour gagner du temps pour ne pas aller chez le médecin. Donc je pense qu'il y a un gros travail au niveau de l'opinion publique. » (T., entretien n°4).* Évoluer vers l'accès direct ne pourra se faire en un jour, comme le souligne T. L'exemple de la bronchiolite, donné par F.P, est intéressant à noter : *« Si tu transposes à la bronchiolite, tous les parents allaient aux urgences, alors que maintenant ils savent pertinemment qu'ils peuvent aller directement chez le kinésithérapeute » (F.P., entretien n°9).* Ainsi, pour ce MK, *« Si les gens vont aux urgences et qu'on les réoriente vers les cabinets libéraux qui font de l'accès direct, au bout d'un moment si on ouvre les cabinets tous les jours, les gens n'iront aux urgences que lorsque le cabinet réoriente. » (F.P., entretien n°9).* Les patients se tourneraient alors vers le MK, soit parce qu'ils y ont déjà eu recours, soit parce qu'ils sont réorientés par d'autres professionnels (notamment les services d'urgences). C'est donc le partenariat avec les autres professionnels de la santé qui permettrait de mettre en œuvre l'accès direct de manière efficiente.

Le rôle du médecin traitant, actuellement, est de coordonner le parcours de soins du patient. Bien que l'efficacité de ce système puisse être critiquée, son objectif est clair : limiter les portes d'entrée dans le système de santé pour limiter les consultations inutiles. Le patient est ici considéré comme utilisateur du système, mais non comme

consommateur de soins. C'est le médecin prescripteur qui décide de la pertinence de l'intervention de tel ou tel professionnel.

La réflexion autour de l'accès direct questionne nécessairement quant à l'évolution de la place du médecin prescripteur, et notamment celle du médecin traitant. Si le patient peut aller consulter un MK sans avoir besoin d'être référé par un médecin, quel lien peut-on espérer qu'il subsiste entre ces deux professionnels ? Hors cas de drapeaux rouges, où le MK réorienterait son patient vers un médecin, on peut facilement imaginer une absence de contact entre le professionnel de la rééducation et le professionnel médical. Or la prise en soins en interprofessionnalité a fait preuve de son efficacité. Dans le cadre de l'accès direct, il s'avère donc nécessaire de mener une réflexion autour du développement de l'interprofessionnalité. La diversité d'entrées dans le système de santé ne doit pas faire oublier l'importance de la coordination entre les différents acteurs. 25,84 % des professionnels ayant répondu dans le cadre de l'étude estiment d'ailleurs qu'un exercice pluriprofessionnel serait indispensable à la pratique en accès direct. La mise en place du Dossier Médical Partagé (DMP) et le développement des outils numériques, notamment la messagerie sécurisée, sont autant d'éléments qui ouvrent des possibilités de coordination accrue.

Dans le cadre des pratiques avancées, la loi de santé de 2016 prévoit que *« les auxiliaires médicaux (...) peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire. »* Il apparaît dès lors que la coordination doit demeurer au centre des préoccupations des professionnels. Le rôle du médecin traitant pourrait évoluer de celui de prescripteur à celui de centralisateur de l'information, mais il doit être associé à la prise en charge du patient. Le plan « Ma Santé 2022 » affirme la nécessité de *« Favoriser un nouveau partage des tâches au sein des équipes de soins, fondée sur un rôle accru des professionnels non médecins, le déploiement de la pratique avancée et le développement de formes innovantes de coopération ».* La notion d'équipes de soins et de coopération est donc au cœur des politiques visant à développer l'accès aux soins pour tous les citoyens. Lorsque l'on parle d'accès direct, il s'agit donc de ne pas tomber dans le piège du corporatisme, et de construire un modèle intégré au système de soins.

Si l'accès direct vise à ajouter une porte d'entrée dans le système de santé français, en augmentant les possibilités pour la population d'accéder aux soins, cette entrée doit se faire au sein de réelles équipes de soins de première ligne. L'importance de cette notion est développée dans l'étude de Moffat et al., publiée en 2018 et étudiant l'impact de la mise en place de l'accès direct au Royaume-Uni (53). Le MK en accès direct doit être considéré comme membre d'une équipe de soins primaires proposant un service aux citoyens.

V.2 Limites de l'étude et perspectives

L'étude menée propose des pistes de réflexion qui pourront être explorées dans le cadre du processus de mise en œuvre de l'accès direct. Cependant, les résultats doivent être relativisés par un certain nombre de limites.

V.2.1 Taille de l'échantillon

La méthodologie choisie s'articule autour de deux procédés. La phase d'entretiens aurait pu être menée sur un échantillon de plus grande taille, plus varié en termes d'expérience (médiane de l'année du diplôme : 2014) et de répartition géographique. En effet, pour des questions de facilité, la majorité des MK interrogés est issue du bassin brestois.

Seuls les syndicats représentant majoritairement les libéraux ont pu diffuser l'enquête à leurs adhérents. Les centrales syndicales ainsi que les employeurs n'ont pas été sollicités. Le faible nombre de répondants salariés peut également être expliqué par le fait que l'accès direct semble moins concerner les MK salariés que les professionnels libéraux. Les entretiens initiaux ont fait émerger cette représentation parmi les MK interrogés. Pour M., MK salarié, diplômé depuis 1992, il « *paraît difficile du point de vue temps à mettre en place. Parce que le médecin voit tous les patients qui entrent, et dit si le patient a besoin de kinésithérapie ou pas. Ça voudrait dire qu'il faudrait qu'il y ait un kinésithérapeute qui aille voir tous les patients qui entrent dans chaque service, ce qui demanderait une organisation extrêmement coûteuse ».* P., jeune diplômé, est sceptique quant à l'introduction de l'accès direct en milieu salarial : *« Je ne sais pas si ça aurait autant d'intérêt à l'hôpital, ou alors faire des consultations à l'hôpital en première intention. Mais sur le modèle actuel des kinésithérapeutes à l'hôpital, je ne sais pas si ça a un intérêt ».* Dans le fonctionnement actuel de l'hôpital,

au vu de la place qu'occupent les MK salariés, il paraît compliqué pour les professionnels de se projeter dans l'accès direct. En effet, les contraintes actuelles du monde salarial, et notamment le déficit de professionnels, permettent difficilement d'imaginer un modèle dans lequel les MK pourraient intervenir différemment.

Le déséquilibre entre le nombre de répondants libéraux et salariés constitue une limite à l'extrapolation des résultats obtenus à la population générale. L'échantillon obtenu, bien que représentant 3 % de la population, n'est pas représentatif en termes de répartition entre l'exercice libéral et l'exercice salarié. Une étude à plus grande échelle, basée sur un échantillon représentatif, sera intéressante à mener par la suite.

V.2.2 Biais d'échantillonnage

L'enquête visait à explorer l'avis des MK français à propos de l'accès direct. Tous les professionnels, qu'ils soient favorables ou non à son introduction, étaient invités à répondre. Cela supposait toutefois qu'ils aient déjà reçu une information quant à l'accès direct. Ainsi, bien que la population visée soit la population totale de MK, on admettra que les professionnels n'ayant jamais entendu parler de l'accès direct ne se soient pas sentis concernés par l'enquête et n'aient donc pas répondu. De plus, peu de professionnels ont répondu par la négative à la question de la pertinence de l'accès direct. L'interprétation de ce résultat doit appeler à la prudence. S'il est facile de conclure que 86,17 % des répondants estiment que l'accès direct serait pertinent, il faut garder à l'esprit que les professionnels qui y sont opposés n'ont peut-être pas répondu à l'enquête (biais de confirmation).

L'échantillonnage utilisé est un échantillonnage à participation volontaire. Cela signifie que seuls les MK qui le veulent choisissent de participer et donc de faire partie de l'échantillon. Cette méthode d'échantillonnage ne permet pas d'affirmer que les personnes ayant répondu ne sont pas différentes de celles n'ayant pas répondu. Les résultats sont donc à interpréter avec prudence. L'enquête a été diffusée par trois syndicats (Alizé, FFMKR, SNMKR), certaines unions régionales des professionnels de santé (URPS), certains conseils départementaux de l'ordre (CDOMK), ainsi que sur les réseaux sociaux Facebook et Twitter. Il existe un biais de non-couverture d'une partie de la population. En effet, les MK non inscrits sur les mailings syndicales, n'ayant pas transmis leur adresse mail au conseil de l'ordre ou à leur URPS et n'étant pas présents sur les réseaux sociaux n'ont pas été touchés par l'enquête. On peut supposer que les MK qui ont répondu à l'enquête sont sensibilisés au sujet et y sont plus favorables.

Les répondants à l'enquête ont pour la majorité (61 %) pris connaissance du questionnaire via un syndicat. Les réseaux sociaux et la diffusion via les conseils départementaux de l'ordre des MK ont permis d'élargir le profil des répondants. Bien que la répartition en termes de durée d'exercice depuis le diplôme soit relativement homogène, il est nécessaire de souligner le biais lié à la diffusion par les syndicats. Les résultats obtenus montrent que les répondants sont majoritairement favorables à l'introduction de l'accès direct en France. Cependant, on peut supposer que les MK syndiqués sont plus sensibilisés que les autres aux actualités professionnelles et potentiellement influencés par la position des syndicats en faveur de l'accès direct. Toutefois, l'analyse statistique ne permet pas de conclure que les syndiqués ont une opinion qui diffère statistiquement de celle des autres groupes ($p>0,05$) au sujet de la pertinence d'un tel modèle ainsi que du ressenti de leur compétence (Annexe IV ; Annexe V).

V.2.3 Perspectives

Cette première étude d'opinion a permis de faire émerger un appui fort de la profession en faveur de la mise en œuvre de l'accès direct. Des recherches complémentaires sont désormais nécessaires pour évaluer les compétences des MK à prendre en charge des patients dans ce modèle. Il serait intéressant d'attendre quelques années afin que les diplômés de la formation réingéniée puissent être intégrés dans ces études. Cela permettrait d'attester d'un niveau de compétences de l'ensemble de la profession, et d'ajuster si nécessaire les besoins de formation complémentaire.

Des études interrogeant les patients au sujet de leurs représentations de la masso-kinésithérapie seraient pertinentes, de même qu'une enquête auprès de médecins prescripteurs. En effet, dans l'optique d'un changement de paradigme tel que celui-ci, il paraît indispensable que tous les acteurs soient convaincus de son intérêt. A l'étranger, si la population est parfois convaincue de l'intérêt de l'accès direct, il n'en reste pas moins que ses connaissances à propos de la physiothérapie demeurent très partielles (49). Ce constat questionne nécessairement les capacités des patients à s'orienter dans le système de soin, orientation influencée par leurs représentations des compétences des différents professionnels. Dans le cas où l'accès direct serait introduit, il paraît évident que sa généralisation prendra du temps. Le relai de l'information par les prescripteurs ne pourra qu'accélérer ce processus.

Ce travail de recherche a permis de mettre en lumière un certain nombre de réticences et de freins à la mise en œuvre de l'accès direct en France. Afin d'assurer l'adhésion des professionnels sur le terrain, ces réflexions devront faire l'objet d'une analyse approfondie et de réponses concrètes visant à rassurer les MK. De plus, une réflexion sera à mener par rapport à la prise en charge des séances en accès direct par l'Assurance Maladie.

L'accès direct est un modèle répandu à l'étranger ayant montré de nombreux bénéfices. Cependant, le système de santé français présente des particularités, notamment en termes de prise en charge des coûts de santé. L'accès direct doit rester une réponse aux inégalités d'accès aux soins, et il conviendra d'être vigilants quant au remboursement des séances par le système d'Assurance Maladie afin de ne pas creuser ces inégalités.

VI. CONCLUSION

Le système de santé français fait aujourd'hui face à un enjeu majeur : assurer l'égalité d'accès aux soins tout en maîtrisant les coûts de santé. Le contexte démographique des professionnels de santé ajoute une difficulté à cet objectif. En effet, alors que l'ensemble du système est centré autour des médecins, ceux-ci ne sont aujourd'hui plus en nombre suffisant pour répondre à la demande.

Dans le but d'améliorer l'accès aux soins, les pouvoirs publics ont créé plusieurs dispositifs légaux permettant de rapprocher les activités médicales et paramédicales. Cependant, ces dispositifs demeurent lourds et les masseurs-kinésithérapeutes n'y ont pas trouvé leur place. C'est dans cette volonté d'améliorer l'accès aux soins que se pose la question de l'accès direct à la masso-kinésithérapie, répandu à l'étranger et au cœur de l'actualité du débat français.

L'objectif de ce travail de recherche était de questionner les MK français au sujet de l'accès direct. La profession semble supporter une évolution des pratiques vers plus de liberté et de responsabilité. Cependant, il a été mis en évidence un certain nombre de conditions et de freins à une mise en œuvre immédiate de l'accès direct en France. Ainsi, si les MK se sentent en grande partie compétents pour exercer en accès direct, il s'avère nécessaire de valider ce ressenti par des études complémentaires. L'analyse en fonction de l'expérience souligne des divergences d'opinion qui devront être intégrées dans les réflexions à venir.

Les transitions démographiques et épidémiologiques auxquelles la France est confrontée traduisent la nécessité de faire évoluer le modèle de santé actuel. Cette étude a permis de mettre en évidence l'intérêt des masseurs-kinésithérapeutes pour l'accès direct à leur profession. Cependant, une politique publique se décide en fonction des besoins et des avantages qu'elle présenterait. A l'heure des réflexions autour de la démocratie sanitaire, il paraît indispensable d'impliquer la population dans le processus de réflexion.

Finalement, ce travail présente un certain nombre de limites qui conduiront le lecteur à être prudent lors de l'interprétation des données.

Bibliographie

1. OMS | Systèmes de santé [Internet]. WHO. [cité 16 déc 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/health_systems/fr/

2. Cour des Comptes. L'avenir de l'Assurance Maladie. Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs [Internet]. 2018 [cité 17 août 2018]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lavenir-de-lassurance-maladie

3. DREES. Les dépenses de santé en 2017 : résultats des comptes de la santé. [cité 30 janv 2019]; Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf

4. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151

5. Askenazy P, Dormont B, Geoffard P-Y. Pour un système de santé plus efficace. 2013;12.

6. Tenand M. Vieillissement démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ? Inf Soc. 22 août 2014;n° 183(3):74-82.

7. Dormont B, Grignon M, Huber H. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. Health Econ. sept 2006;15(9):947-63.

8. de Pouvourville G. Le coût du temps ultime. Trib Santé. 2006;13(4):77-85.

9. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Assurance Maladie; 2018.

10. Espérance de vie en bonne santé − Indicateurs de richesse nationale | Insee [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778

11. Palier B. La réforme des systèmes de santé. 3e édition mise à jour. Paris: Presses universitaires de France; 2008. (Que sais-je ?).

12. DREES. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. Études Résultats. oct 2018;(1085).

13. Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Pierre A, Coldefy M. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. Quest Econ SANTE IRDES. juin 2016;(219):8p.

14. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 1 sept 2007;n° 14(1):19-30.

15. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins ; Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018 mai.

16. DREES. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation [Internet]. 2014 [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux-heures-hormis-ceux

17. DREES. Portrait des professionnels de santé. 2016. (Panoramas).

18. Palier B. La réforme des systèmes de santé. Paris: Presses Universitaires de France; 2017. (Que sais-je ? (En ligne)).

19. Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. 2006.

20. Haute Autorité de Santé. RAPPORT D'ACTIVITE 2013 LES PROTOCOLES DE COOPERATION ART 51 DE LA LOI HPST. 2014.

21. Ministère des solidarités et de la santé français. Ma santé 2022, un engagement collectif. 2018.

22. Remondiere R. L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946). Cah Cent Rech Hist Arch [Internet]. 12 avr 1994 [cité 16 déc 2017];(12). Disponible sur: http://journals.openedition.org/ccrh/2753

23. République Française. Code de la santé publique - Article L4321-1. Code de la santé publique.

24. Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins.

25. Berland Y, Hénart L, Cadet D. Rapport relatifs aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. 2011.

26. DREES. D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins. Études Résultats. juill 2018; (1075).

27. CNKE. POSITION DE LA CNKE SUR L'URGENCE EN KINÉSITHÉRAPIE [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: http://www.kinelegis.com/index.php/8-news/88-position-de-la-cnke-sur-l-urgence-en-kinesitherapie

28. Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. Physiotherapy. déc 2013;99(4):285-91.

29. Remondière R, Durafourg M-P. L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France. Santé Publique. 2014;26(5):669.

30. Pendergast J, Kliethermes S A, Freburger J K, Duffy P A. A Comparison of Health Care Use for Physician-Referred and Self-Referred Episodes of Outpatient Physical Therapy. Health Serv Rech. avr 2012;47:633-54.

31. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. Physiotherapy. mars 2007;93(1):3-11.

32. Mitchell JM, de Lissovoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. Phys Ther. janv 1997;77(1):10-8.

33. Denninger TR, Cook CE, Chapman CG, McHenry T, Thigpen CA. The Influence of Patient Choice of First Provider on Costs and Outcomes: Analysis From a Physical Therapy Patient Registry. J Orthop Sports Phys Ther. févr 2018;48(2):63-71.

34. Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, Kigozi J, Tooth S, Protheroe J, et al. STEMS pilot trial: a pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. BMJ Open [Internet]. 10 mars 2017 [cité 11 oct 2017];7(3). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353299/

35. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. Phys Ther. janv 2014;94(1):14-30.

36. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, De Caro W, Pellicciari L. Direct access in physical therapy: a systematic review. Clin Ter. oct 2018;169(5):e249-60.

37. Taylor NF, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. Physiotherapy. juin 2011;97(2):107-14.

38. Richardson B, Shepstone L, Poland F, Mugford M, Finlayson B, Clemence N. Randomised controlled trial and cost consequences study comparing initial physiotherapy assessment and management with routine practice for selected patients in an accident and emergency department of an acute hospital. Emerg Med J EMJ. févr 2005;22(2):87-92.

39. McClellan CM, Greenwood R, Benger JR. Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. Emerg Med J EMJ. mai 2006;23(5):384-7.

40. Ordre Professionnel de la Physiothérapie du Québec. Les pratiques avancées en physiothérapie : une revue systématique de la littérature. Ordre Professionnel de la Physiothérapie du Québec; 2011.

41. Scheele J, Vijfvinkel F, Rigter M, Swinkels ICS, Bierman-Zeinstra SMA, Koes BW, et al. Direct access to physical therapy for patients with low back pain in the Netherlands: prevalence and predictors. Phys Ther. mars 2014;94(3):363-70.

42. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. Physiotherapy. 1 mars 2007;93(1):3-11.

43. Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. Phys Ther. août 2008;88(8):936-46.

44. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Nouvelle présentation 2015. Paris : Armand Colin, DL 2015; 126 p. (128 : tout le savoir).

45. Scheermesser M, Allet L, Bürge E, Stegen C, Nast I, Schämann A. Accès direct à la physiothérapie en Suisse : validation linguistique et culturelle d'un questionnaire et position des physiothérapeutes. Kinésithérapie Rev. 4 mai 2012;12(124):29-37.

46. Organisation Mondiale de la Santé. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010.

47. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? Rech Soins Infirm. 2011;N° 106(3):40-6.

48. Traiter sans prescription médicale ? L'analyse de Guy Postiaux [Internet]. Health Impact. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: http://health-impact.fr/le-blog-health-impact/2018/12/20/traiter-sans-prescription-mdicale-

49. Webster VS, Holdsworth LK, McFadyen AK, Little H. Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial - ScienceDirect. Physiotherapy. 2008;94:141-9.

50. Centre Inffo pour la Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle (DGEFP) - Ministère du travail de l'emploi. Le portail de la validation des acquis de l'expérience [Internet]. Le portail de la validation des acquis de l'expérience Le portail de la validation des acquis de l'expérience. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: http://www.vae.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=0

51. Kubicki A. Enjeux et perspectives de l'accès direct en Masso-Kinésithérapie. Kinésithérapie Rev [Internet]. 2017 [cité 26 mai 2018]; Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2017.03.005

52. Charlin B, Kazi-Tani D, Gagnon R, Thivierge R. Le test de concordance comme outil d'évaluation en ligne du raisonnement des professionnels en situation d'incertitude. Rev Int Technol En Pédagogie Univ. 2005;2(2):22-7.

53. Moffatt F, Goodwin R, Hendrick P. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. Prim Health Care Res Dev. 2018;19(2):121-30.

Annexes

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Guide d’entretien

Annexe II : Questionnaire à destination des masseurs-kinésithérapeutes

Annexe III : Tableau de synthèse des résultats de l’enquête

Annexe IV : Ressenti de la compétence en fonction du mode de prise de connaissance de l’enquête

Annexe V : Ressenti de la pertinence de l’accès direct en fonction du mode de prise de connaissance de l’enquête

Annexe I

Guide d'entretien

Numéro du thème	Thème	Question
Thème 1	Le MK, son exercice, sa formation	(Q) Depuis quand exercez-vous en tant que MK ? (Q) Quel est votre mode d'exercice actuel ? (Q) Quel est votre parcours professionnel ? (Q) Avez-vous une spécificité d'exercice ? (Q) Avez-vous suivi des formations complémentaires ? (R) Quelles formations avez-vous suivi ?
Thème 2	L'accès direct, connaissances du MK	(Q) Avez-vous déjà entendu parler de l'accès direct ? (R1) Qu'est-ce que cela évoque pour vous ? (R2) Définition : possibilité pour les patients de consulter un MK dans le cadre thérapeutique sans prescription médicale
Thème 3	Formation des MK en accès direct : avis du professionnel	(Q) Vous sentez-vous compétent aujourd'hui pour prendre en charge des patients en accès direct ? (Q) Estimez-vous qu'une qualification supplémentaire serait nécessaire pour prendre en charge des patients en accès direct ? (R1) Cette qualification devrait-elle être obligatoire ? (R2) Cette qualification devrait-elle être imposée à tous les professionnels ou devrait-on laisser le choix aux MK ? (R3) Que pensez-vous d'un modèle dans lequel il y aurait deux niveaux de professionnels, un niveau en accès direct et un niveau sur prescription ? (Q) Quelle forme de formation trouveriez-vous pertinente ? (Q) Sur quels items cette formation devrait-elle porter ?
Thème 4	Freins et facilitateurs pour l'introduction d'un accès direct, positionnement général	(Q) Qu'est-ce qui, de votre point de vue, serait nécessaire pour pouvoir pratiquer en accès direct ? (Q) Quels éléments considérez-vous comme des freins à un exercice en accès direct ? (Q) Comment définiriez-vous votre positionnement personnel par rapport à l'accès direct en France ?

Annexe II

Questionnaire

Accès direct : avis des masseurs-kinésithérapeutes

Cher futur confrère, chère future consœur, notre profession est en pleine évolution. Vous le savez, aujourd'hui le masseur-kinésithérapeute, lorsqu'il agit dans le cadre thérapeutique, pratique sur prescription d'un médecin. Dans le cas contraire, il se trouve en situation d'exercice illégal de la médecine. Dans certains pays, la population peut consulter directement un masseur-kinésithérapeute (physiotherapist ou physical therapist) sans être orientée par un autre professionnel de santé. C'est ce qu'on appelle l'accès direct. Pour assurer la sécurité des patients, certaines compétences doivent être maîtrisées par les professionnels. La compétence de triage, à travers la maîtrise des drapeaux rouges, du diagnostic différentiel, du raisonnement clinique, est au cœur de l'accès direct. Ce modèle est aujourd'hui au cœur des réflexions de la profession en France. Ce questionnaire, réalisé dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, a pour objet de recueillir l'avis des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et salariés par rapport à l'accès direct.

Définition de l'accès direct : Possibilité pour un patient de consulter un masseur-kinésithérapeute dans le cadre thérapeutique sans orientation par un autre professionnel de santé. Dans cette recherche, nous admettons l'hypothèse selon laquelle les séances sont remboursées par l'Assurance maladie.

Je vous remercie de votre participation à ce travail !

Il y a 13 questions dans ce questionnaire.

Remarque sur la protection de la vie privée : Ce questionnaire est anonyme. L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Informations générales

1. **Vous êtes :**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

● Un homme

● Une femme

2. **Depuis combien de temps exercez-vous ?**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

● Moins de 5 ans

● Entre 5 et 9 ans

● Entre 10 et 19 ans

● Entre 20 et 29 ans

● Plus de 30 ans

3. **Combien de temps avez-vous exercé en libéral au cours de votre carrière ?**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

● Moins de 10 ans

● Entre 10 et 19 ans

● Entre 20 et 29 ans

● Plus de 30 ans

● Jamais

4. **Combien de temps avez-vous exercé en salariat au cours de votre carrière ?**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

● Moins de 10 ans

● Entre 10 et 19 ans

● Entre 20 et 29 ans

● Plus de 30 ans

● Jamais

5. **Combien de temps avez-vous eu un exercice mixte au cours de votre carrière ?**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

● Moins de 10 ans

● Entre 10 et 19 ans

● Entre 20 et 29 ans

● Plus de 30 ans

● Jamais

6. **Comment avez-vous pris connaissance de ce questionnaire ?**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

● Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

● Syndicat

● Réseau social

● Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)

● Autre

<u>Avis professionnel</u>

1. **Vous sentez-vous compétent pour prendre en charge des patients en accès direct ?**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

● Oui, dans tous les domaines de la masso-kinésithérapie (passez à la question 3)

● Oui, dans un (ou plusieurs) domaine(s) de la masso-kinésithérapie

● Non (passez à la question 3)

2. **Dans quel(s) domaine(s) vous sentez-vous compétent pour prendre en charge des patients en accès direct ?**

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

● Musculo-squelettique

● Cardio-vasculaire

● Neurolo-musculaire

● Pneumologie

● Troubles trophiques, vasculaires, lymphatiques

● Rééducation abdominale, y compris du post-partum, et rééducation périnéo-sphinctérienne

● Maxillo-facial

3. **Accueillir des patients en accès direct vous paraît-il pertinent dans votre pratique quotidienne ?**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

● Pertinent

● Pas pertinent (passez à la question 8)

4. **Pourquoi cela vous paraît-il pertinent ?**

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

• Cela permettrait de désengorger les cabinets médicaux et les services d'urgences

• Cela permettrait de faire des économies (pour la Sécurité Sociale)

• Cela permettrait de faire gagner du temps aux patients

• Cela permettrait de diminuer le nombre d'examens complémentaires

• Les masseurs-kinésithérapeutes sont suffisamment compétents pour réaliser un bilan permettant de réorienter si besoin vers un médecin

5. **Quelles seraient, pour vous, les conditions indispensables à la mise en place de l'accès direct ?**

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

● La validation d'une formation délivrée par l'université (Diplôme Universitaire, Master, Doctorat) post-graduée, cadrée nationalement

● Le suivi d'une formation délivrée par un organisme de formation continue (hors université), cadrée nationalement

● Un minimum d'expérience professionnelle

● Une meilleure rémunération des séances en accès direct

● Une spécialisation* dans un champ de la masso-kinésithérapie

● La limitation à certains champs de la masso-kinésithérapie**

● La participation régulière à des formations continues

● Un cadre d'exercice pluriprofessionnel

● Une revalidation régulière des compétences

● Autre

** Par "une spécialisation dans un champ de la masso-kinésithérapie" est entendue la possibilité pour un professionnel de recevoir des patients en accès direct uniquement dans le cadre de sa spécialisation. Par exemple, un masseur-kinésithérapeute spécialisé en pneumologie ne pourrait prendre en charge des patients sans prescription médicale que dans ce domaine. Il pourrait cependant prendre en charge des patients avec une prescription dans tous les champs de la masso-kinésithérapie. Ceci suppose l'introduction de spécialités en masso-kinésithérapie.*

*** Par "la limitation à certains champs de la masso-kinésithérapie" est entendue la restriction de l'accès direct à certains champs de la masso-kinésithérapie, pour tous les masseurs-kinésithérapeutes. Par exemple, l'accès direct pourrait n'être possible que dans le champ musculo-squelettique.*

Si vous avez coché les items « formation », passez à la question 6. Sinon, vous avez terminé ce questionnaire !

6. **Sur quels items cette formation devrait-elle porter ?**

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

● L'approche psychologique du patient

● Les drapeaux rouges (red flags) et drapeaux jaunes (yellow flags)

● La lecture critique d'articles scientifiques

● La conduite d'anamnèse et de bilan

● La lecture d'imageries

● Le diagnostic différentiel

● Des éléments de pharmacologie

● Le leadership et la capacité à exercer en environnement pluriprofessionnel

● Le raisonnement clinique

● Autre : .....…

7. **Cette formation devrait-elle être :**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

● Obligatoire pour tous les masseurs-kinésithérapeutes

● Obligatoire pour tous les masseurs-kinésithérapeutes qui souhaitent exercer en accès direct

● Facultative

8. **Pourquoi ce modèle ne vous paraît-il pas pertinent ?**

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

● Les masseurs-kinésithérapeutes qui exercent actuellement sont insuffisamment formés

● La responsabilité qui pèserait sur les masseurs-kinésithérapeutes serait trop importante

● Ce modèle n'est pas adapté à ma pratique quotidienne

● Il n'y a pas de problématique d'accès aux soins sur mon territoire

● Autre : .....

Annexe III

Tableau récapitulatif des résultats de l'enquête

Mode d'exercice	Libéral	Salarié	Mixte	P-value
Pertinence de l'accès direct	86,80 %	72,09 %	84,82 %	0,0004
Arguments en faveur de l'accès direct				
Cela permettrait de désengorger les cabinets médicaux et les services d'urgences	71,35 %	59,68 %	62,11 %	0,02
Cela permettrait de faire des économies (pour la Sécurité Sociale)	69,50 %	53,23 %	61,05 %	0,006
Cela permettrait de faire gagner du temps aux patients	77,36 %	66,13 %	75,79 %	**NS**
Cela permettrait de diminuer le nombre d'examens complémentaires	44,36 %	33,87 %	33,68 %	0,03
Les masseurs-kinésithérapeutes sont suffisamment compétents pour réaliser un bilan permettant de réorienter si besoin vers un médecin	88,68 %	87,10 %	90,53 %	**NS**
Conditions indispensable à l'accès direct				
Un minimum d'expérience professionnelle	50,69 %	50,00 %	57,89 %	**NS**
La validation d'une formation délivrée par l'université (Diplôme Universitaire, Master, Doctorat) après le diplôme d'État, cadrée nationalement	31,10 %	41,94 %	35,79 %	**NS**
Le suivi d'une formation délivrée par un organisme de formation continue (hors université), cadrée nationalement	38,26 %	20,97 %	30,53 %	0,007
Une meilleure rémunération des séances en accès direct	53,56 %	45,16 %	45,26 %	**NS**
Une spécialisation dans un champ de la masso-kinésithérapie	26,99 %	30,65 %	32,63 %	**NS**
La limitation à certains champs de la masso-kinésithérapie	38,86 %	29,03 %	34,74 %	**NS**
La participation à des formations continues	59,52 %	53,23 %	60,00 %	**NS**
Un cadre d'exercice pluriprofessionnel	17,65 %	27,42 %	28,42 %	0,005
Une revalidation régulière des compétences	40,62 %	48,39 %	48,42 %	**NS**
Autre	3,28 %	4,84 %	3,16 %	
Contenu de la formation complémentaire				
La communication avec les autres professionnels de santé	27,17 %	27,42 %	27,37 %	**NS**
L'approche psychologique du patient	16,36 %	17,74 %	22,11 %	**NS**
Les drapeaux rouges (red flags)	42,74 %	40,32 %	32,63 %	**NS**
La lecture critique d'articles scientifiques	12,29 %	19,35 %	13,68 %	**NS**
La conduite d'anamnèse et de bilan	40,02 %	35,48 %	43,16 %	**NS**
La lecture d'imageries	34,94 %	35,48 %	33,68 %	**NS**
Le diagnostic différentiel	52,63 %	48,39 %	51,58 %	**NS**
Des éléments de pharmacologie	17,93 %	22,58 %	16,84 %	**NS**
Le leadership et l'exercice en milieu pluriprofessionnel	4,16 %	3,23 %	7,37 %	
Le raisonnement clinique	44,18 %	48,39 %	47,37 %	**NS**
Autre	0,65 %	1,61 %	0,00 %	
Caractère obligatoire de la formation complémentaire				
Obligatoire pour tous les kinésithérapeutes qui souhaitent exercer en accès direct	56,66%	58,06%	62,96%	**NS**
Obligatoire pour tous les kinésithérapeutes	37,74%	38,71%	35,19%	**NS**
Facultative	5,60%	3,23%	1,85%	
Ressenti de la compétence				
Oui, dans tous les domaines	27,60%	10,47%	25,00%	0,002
Oui, dans un domaine	64,74%	73,26%	68,75%	**NS**
Non	7,66%	16,28%	6,25%	0,01

Mode d'exercice	Libéral	Salarié	Mixte	P-value
Domaines de compétence				
Musculo-squelettique	93,49%	68,25%	87,01%	
Cardio-vasculaire	7,25%	11,11%	9,09%	
Neurologie	20,45%	49,21%	32,47%	3,47E-08
Pneumologie	31,60%	41,27%	45,45%	0,013
Troubles trophiques, vasculaires, lymphatiques	26,83%	20,63%	33,77%	**NS**
Rééducation abdominale, y compris du post-partum et rééducation périnéo-sphinctérienne	35,01%	19,05%	25,97%	0,01
Maxillo-facial	10,84%	4,76%	7,79%	**NS**
Freins à l'accès direct				
MK insuffisamment formés	49,24%	45,83%	29,41%	**NS**
Responsabilité	57,45%	33,33%	41,18%	0,03
Inadapté à la pratique quotidienne	30,40%	50,00%	0,01%	0,01
Pas de problématique d'accès aux soins	18,84%	4,17%	23,53%	
Autre	20,06%	20,83%	35,29%	

Nombre d'années d'expérience	< 10 ans	10-19 ans	20-29 ans	> 30 ans	P-value	P-value <20 ans vs ≥ 20 ans
Pertinence de l'accès direct	87,08 %	81,69 %	87,48 %	88,92 %	0,0004	0,004
Arguments en faveur de l'accès direct						
Cela permettrait de désengorger les cabinets médicaux et les services d'urgences	80,27 %	68,23 %	72,03 %	60,66 %	3,1E-13	1,58E-06
Cela permettrait de faire des économies (pour la Sécurité Sociale)	74,18 %	71,40 %	64,54 %	62,79 %	1,55E-05	1,25E-06
Cela permettrait de faire gagner du temps aux patients	79,23 %	80,10 %	75,55 %	71,48 %	0,0012	0,0002
Cela permettrait de diminuer le nombre d'examens complémentaires	56,23 %	41,81 %	37,67 %	35,90 %	3,53E-14	5,28E-10
Les masseurs-kinésithérapeutes sont suffisamment compétents pour réaliser un bilan permettant de réorienter si besoin vers un médecin	84,27 %	86,96 %	91,85 %	92,79 %	1,72E-06	1,98E-07
Conditions indispensables à l'accès direct						
Un minimum d'expérience professionnelle	34,87 %	45,15 %	61,67 %	65,74 %	9,60E-33	1,26E-31
La validation d'une formation délivrée par l'université (Diplôme Universitaire, Master, Doctorat) après le diplôme d'État, cadrée nationalement	44,21 %	26,25 %	24,45 %	28,69 %	3,35E-15	4,26E-06
Le suivi d'une formation délivrée par un organisme de formation continue (hors université), cadrée nationalement	44,21 %	26,25 %	24,45 %	28,69 %	0,0019	0,0002
Une meilleure rémunération des séances en accès direct	61,01 %	55,85 %	52,20 %	46,56 %	0,001	0,0003
Une spécialisation dans un champ de la masso-kinésithérapie	33,96 %	24,58 %	23,35 %	24,26 %	7,84E-07	0,0005
La limitation à certains champs de la masso-kinésithérapie	42,77 %	40,30 %	34,80 %	33,44 %	0,0005	5,93E-05
La participation à des formations continues	60,69 %	57,36 %	59,25 %	56,23 %	0,025	**NS**
Un cadre d'exercice pluri-professionnel	19,81 %	16,56 %	15,20 %	17,21 %	0,0022	0,024
Une revalidation régulière des compétences	45,28 %	39,30 %	33,70 %	39,51 %	8,9E-07	0,0002
Autre	1,57 %	4,52 %	3,96 %	3,28 %		
Contenu de la formation complémentaire						
La communication avec les autres professionnels de santé	34,87 %	45,15 %	61,67 %	65,74 %	0,009	0,049
L'approche psychologique du patient	22,55 %	11,71 %	14,32 %	16,72 %	2E-06	**NS**
Les drapeaux rouges (red flags)	63,06 %	41,97 %	32,16 %	27,05 %	2,64E-42	2,20E-31
La lecture critique d'articles scientifiques	20,47 %	8,70 %	9,03 %	10,33 %	9,24E-12	0,00018
La conduite d'anamnèse et de bilan	51,93 %	35,12 %	35,68 %	34,92 %	4,24E-12	1,61E-05
La lecture d'imageries	41,69 %	31,27 %	33,48 %	31,97 %	0,0002	0,035
Le diagnostic différentiel	64,54 %	50,50 %	46,92 %	45,41 %	1,49E-12	1,01E-08
Des éléments de pharmacologie	25,37 %	17,89 %	13,88 %	13,28 %	1,62E-08	1,93E-07
Le leadership et l'exercice en milieu pluri-professionnel	6,53 %	3,51 %	2,42 %	3,93 %	0,00427	0,03
Le raisonnement clinique	56,68 %	41,30 %	37,00 %	39,84 %	1,15E-12	1,6E-07
Autre	1,19 %	0,17 %	0,66 %	0,49 %		
Caractère obligatoire de la formation complémentaire						
Obligatoire pour tous les kinésithérapeutes qui souhaitent exercer en accès direct	63,10 %	55,69 %	57,58 %	48,72 %	0,001	0,006
Obligatoire pour tous les kinésithérapeutes	34,93 %	39,69 %	32,47 %	43,27 %	0,031	**NS**
Facultative	1,97 %	4,62 %	9,96 %	8,01 %	2,06E-05	5,04E-06
Ressenti de la compétence						
Oui, dans tous les domaines	12,79 %	25,96 %	37,19 %	36,01 %	3,40E-29	5,03E-24
Oui, dans un domaine	75,97 %	64,75 %	57,61 %	59,04 %	7,34E-14	5,14E-11
Non	11,24 %	9,29 %	5,20 %	4,96 %	6,04E-06	5,82E-07
Domaines de compétence						
Musculo-squelettique	93,37 %	93,04 %	91,97 %	89,63 %	**NS**	**NS**
Cardio-vasculaire	6,97 %	8,44 %	4,68 %	9,63 %	**NS**	**NS**
Neurologie	18,03 %	21,73 %	23,41 %	27,65 %	0,0041	0,0022
Pneumologie	26,02 %	33,97 %	37,46 %	36,54 %	0,0004	0,0012
Troubles trophiques, vasculaires, lymphatiques	21,43 %	24,26 %	30,77 %	35,31 %	4,78E-06	7,2E-07
Rééducation abdominale, y compris du post-partum et rééducation périnéo-sphinctérienne	29,08 %	38,40 %	33,78 %	36,54 %	0,009	**NS**
Maxillo-facial	8,84 %	12,87 %	11,71 %	9,38 %	**NS**	**NS**
Freins à l'accès direct						
MK insuffisamment formés	59,00 %	48,51 %	35,38 %	44,74 %	0,0254	0,02
Responsabilité	57,00 %	55,22 %	53,85 %	51,32 %	**NS**	**NS**
Inadapté à la pratique quotidienne	31,00 %	29,10 %	35,38 %	28,95 %	**NS**	**NS**
Pas de problématique d'accès aux soins	8,00 %	21,64 %	18,46 %	23,68 %	0,0213	**NS**
Autre	15,00 %	23,88 %	26,15 %	17,11 %		

Annexe IV

Ressenti de la compétence en fonction du mode de prise de connaissance de l'enquête

Mode de prise de connaissance de l'enquête	Compétent dans tous les domaines	Compétent dans un ou plusieurs domaine(s)	Pas compétent
Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes	67 (30,88%)	145 (66,82%)	5 (2,30%)
Syndicat professionnel	502 (30,35%)	1018 (61,55%)	134 (8,10%)
URPS	45 (25,71%)	116 (66,29%)	14 (8,00%)
Réseau social	64 (13,94%)	352 (76,69%)	43 (9,37%)
Autre	51 (24,76%)	135 (65,53%)	20 (9,71%)
Classes comparées			
Syndicat VS Ordre	NS		
Syndicat VS URPS	NS		
Syndicat VS Réseaux	NS		
Syndicat VS Autre	NS		
Ordre VS URPS	NS		
Ordre VS Réseaux	NS		
Ordre VS Autre	NS		
URPS VS Réseaux	NS		
URPS VS Autre	NS		
Réseaux VS Autre	NS		
Toutes classes comparées	NS		

Annexe V

Ressenti de la pertinence de l'accès direct en fonction du mode de prise de connaissance de l'enquête

Mode de prise de connaissance de l'enquête	Pertinent	Non pertinent
Ordre des masseurs-kinésithérapeutes	190 (87,56%)	27 (12,44%)
URPS	146 (83,43%)	29 (16,57%)
Syndicat professionnel	1424 (86,09%)	230 (13,91%)
Réseau social	409 (89,11%)	50 (10,89%)
Autre	167 (81,07%)	39 (18,93%)
Classes comparées		
Syndicat VS Ordre	NS	
Syndicat VS URPS	NS	
Syndicat VS Réseaux	NS	
Syndicat VS Autre	NS	
Ordre VS URPS	NS	
Ordre VS Réseaux	NS	
Ordre VS Autre	NS	
URPS VS Réseaux	NS	
URPS VS Autre	NS	
Réseaux VS Autre	NS	
Toutes classes comparées	NS	

NOM : QUENTIN LE SAËC
PRÉNOM : JULIETTE

TITRE : Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : enquête d'opinion auprès des masseurs-kinésithérapeutes français

INTRODUCTION: French patients need a referral from a physician to access physiotherapy. In some countries, direct access to physiotherapy is allowed. The aim of this study is to survey what French physiotherapists (PTs) think about direct access. **METHODS:** Nine interviews were conducted to construct an online survey (Limesurvey). Professional organizations and social networks relayed the survey to French PTs. All French PTs could answer. **RESULTS:** 2,711 PTs answered the survey (3 % of the PT population). 92.03 % of PTs think they have sufficient skills to manage direct access (65.14 % in one or several physiotherapy areas and 26.89 % in all physiotherapy areas). A large number of PTs (86.17%) would support a direct access model, but there are obstacles to introduce it immediately in France. **DISCUSSION AND CONCLUSION:** Compared to the large number of private practice PTs (2,493), too few salaried PTs (86) answered the survey to consider this sample as representative. Moreover, people who disagree with direct access may not have participated. Further studies are needed to explore French PTs' skills and come to a conclusion about the safety of this model and the potential risk for patients.

INTRODUCTION : En France, l'accès au masseur-kinésithérapeute (MK) dans le cadre thérapeutique nécessite une prescription médicale. De nombreux pays étrangers ont choisi de permettre à la population de consulter le physiothérapeute sans prescription, en accès direct. L'objectif de cette étude est de connaître l'avis des MKs français au sujet de l'accès direct. **MÉTHODE:** Neuf entretiens semi-directifs ont été menés, permettant de construire un questionnaire via l'outil Limesurvey. La diffusion a été réalisée via les réseaux sociaux et les organisations professionnelles. **RÉSULTATS :** 2711 réponses ont été obtenues (3 % de la population). 92,3 % des professionnels se sentent capables de pratiquer en accès direct (65,14 % dans un ou plusieurs champs de la masso-kinésithérapie et 26,89 % dans tous les domaines). L'accès direct pourrait être un modèle intéressant pour certains MKs (86,17%), mais il existe des freins à l'introduction immédiate de l'accès direct en France. **DISCUSSION :** Trop peu de salariés (N = 86) ont répondu à l'enquête par rapport au nombre de répondants libéraux (N = 2493) pour considérer cet échantillon comme représentatif. De plus, les professionnels opposés à l'accès direct n'ont peut-être pas répondu à l'enquête.

KEYWORDS : Direct access, physiotherapy

MOTS CLÉS : Accès direct, masso-kinésithérapie

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
22 avenue Camille Desmoulins, 29 238 Brest CEDEX 3

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES – ANNÉE 2019